Ernst Mohr

TOD UND TABU IN DER PANDEMIE

Kulturökonomische Lehren aus der Covid-19-Politik

[transcript] X T E X T E

Ernst Mohr
Tod und Tabu in der Pandemie

X-Texte zu Kultur und Gesellschaft

Editorial

Das vermeintliche »Ende der Geschichte« hat sich längst vielmehr als ein Ende der Gewissheiten entpuppt. Mehr denn je stellt sich nicht nur die Frage nach der jeweiligen »Generation X«. Jenseits solcher populären Figuren ist auch die Wissenschaft gefordert, ihren Beitrag zu einer anspruchsvollen Zeitdiagnose zu leisten.
Die Reihe X-TEXTE widmet sich dieser Aufgabe und bietet ein Forum für ein Denken ›für und wider die Zeit‹. Die hier versammelten Essays dechiffrieren unsere Gegenwart jenseits vereinfachender Formeln und Orakel. Sie verbinden sensible Beobachtungen mit scharfer Analyse und präsentieren beides in einer angenehm lesbaren Form.

Ernst Mohr (Prof. em. Ph.D.) lehrte an der Universität St. Gallen Ökonomie und promovierte an der London School of Economics. Seine Forschung führte ihn von der Ressourcen- und Umweltökonomie zur Kulturökonomie. Er publizierte u.a. zu den Triebkräften der Konsumgesellschaft.

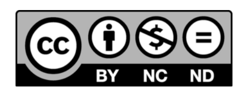
Ernst Mohr

Tod und Tabu in der Pandemie

Kulturökonomische Lehren aus der Covid-19-Politik

[transcript]

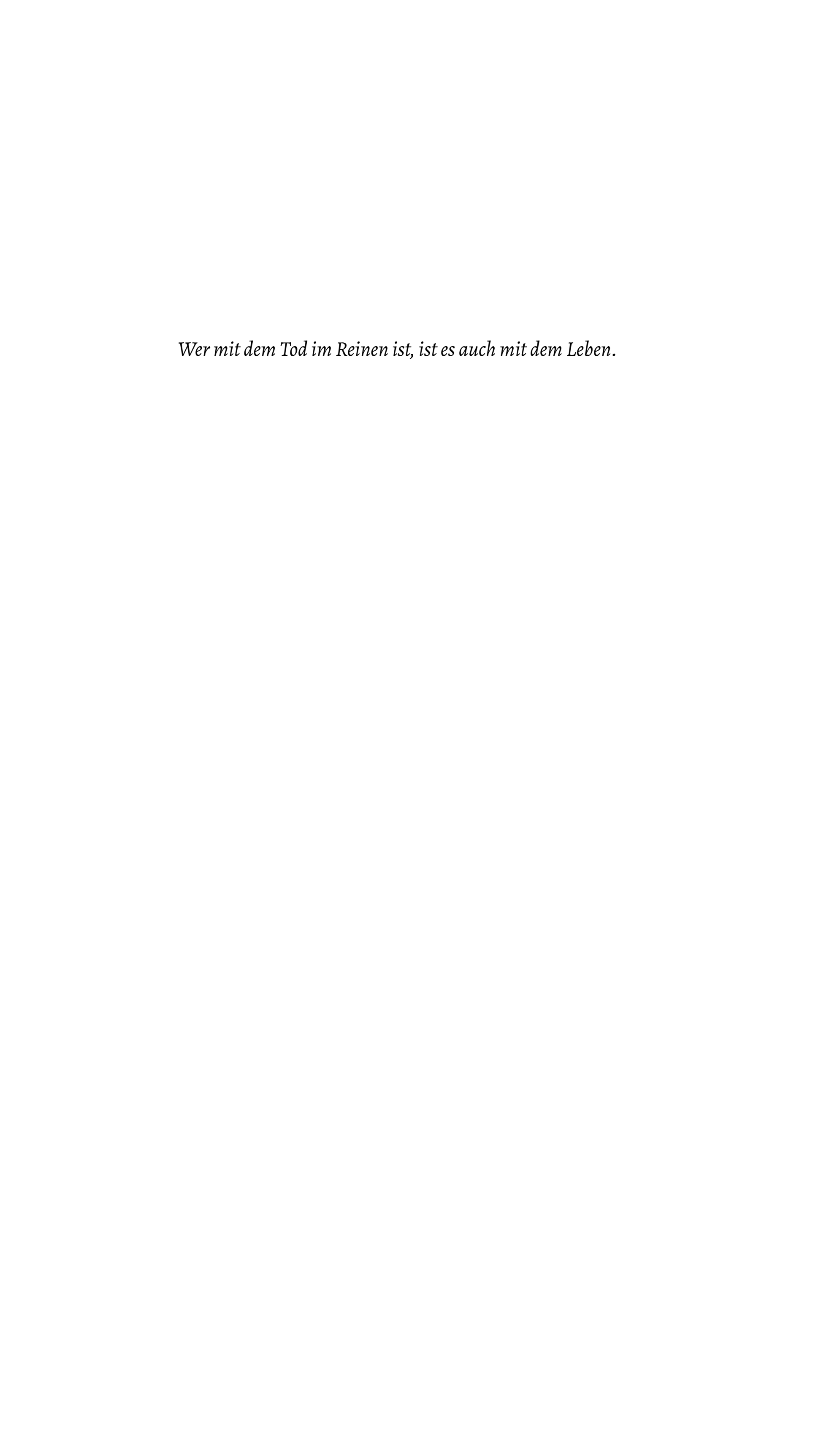
Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.



Erschienen 2023 im transcript Verlag, Bielefeld

Umschlaggestaltung: Kordula Röckenhaus, Bielefeld
Lektorat: Evelin Schultheiß
Korrektorat: Florian Kohl, Berlin; Fabian Fleßner, Greifswald
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
https://doi.org/10.14361/9783839467732
Print-ISBN: 978-3-8376-6773-8
PDF-ISBN: 978-3-8394-6773-2
EPUB-ISBN: 978-3-7328-6773-8
Buchreihen-ISSN: 2364-6616
Buchreihen-eISSN: 2747-3775

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.
Besuchen Sie uns im Internet: *https://www.transcript-verlag.de*
Unsere aktuelle Vorschau finden Sie unter *www.transcript-verlag.de/vorschau-download*



Wer mit dem Tod im Reinen ist, ist es auch mit dem Leben.

Inhalt

Teil 2: Pandemiepolitik

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Vorwort

Jeder stirbt irgendwann, aber jeder soll es auf seine Weise dürfen! Dieser Glaube ans Sterben als (letztes) Ereignis im durchindividualisierten Leben wurde dem modernen Dasein durch Covid-19 (C19) jäh entrissen. Vermeintlich garantiert vom modernen Gesundheitswesen, schien diese allerletzte Freiheit nun aufgehoben. C19 wurde zur unerhörten Zumutung eines nicht mehr auszuschließenden kollektiven Sterbens – ein und derselbe Tod für den einen wie für die andere! Herbeigeführt durch eine Pandemie und – daraus resultierend – ein schon fast bis an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit gebrachtes Gesundheitssystem.

Aus diesem kollektiven Sterben wurde aber kein politisches Szenario abgeleitet, das gegen andere Szenarien hätte abgewogen werden können. Als gesellschaftliches Tabu des verbotenen Sterbens lastete es im Gegenteil in seiner ganzen Schwere auf der Pandemiepolitik. Ihr wurden dadurch die Hände gebunden, es gab keine Alternative zur lexikografischen Priorisierung des Gesundheitsschutzes vor dem Freiheitsschutz (und allem anderen) – koste es, was es wolle! Das Tabu des kollektiven Sterbens wurde so zum alles beherrschenden Treiber der Pandemiepolitik. AHA-Regeln, Infektionsschutz durch Einschränkung der Freiheit, Impfkampagne, diverse G-Regime – allesamt Maßnahmen, die primär der Wahrung des Tabus des kollektiven Sterbens dienten.

Was hier folgt, ist keine Abrechnung mit der (insbesondere deutschen) C19-Politik. Es geht vielmehr um eine nüchterne kulturökonomische Aufarbeitung ihrer Grundlagen und Entscheidungen – und zwar im Hinblick auf die (zu erwartende) nächste lebensbedrohliche Gesundheitskrise. Leitlinien wie Laissez-faire versus Null Covid, gradueller Infektionsschutz, Steuerung der Intensivmedizinkapazität und Triage, Impfstoff als Gamechanger, Impfkampagne, Impfpflicht und Herdenimmunisierung, föderale Aufgabenteilung im Gesundheitsschutz und auch der Übergang von der Pandemie zur Endemie – all dies

soll aus einer einheitlichen kulturökonomischen Perspektive betrachtet werden, um wenigstens vorläufige Lehren daraus für die Bewältigung einer nächsten Pandemie ziehen zu können.

Dazu werden vier Perspektiven eingenommen. Es geht erstens darum, die pandemiepolitischen Maßnahmen konsequent auf ihre Anreizwirkung auf den Wirtsorganismus Mensch zu untersuchen, auf einen Wirt also, der zu Selbstschutz und Planung seines Daseins samt alternativen Formen des guten und schlechten Lebens, aber auch Sterbens befähigt ist. Dieser erste Pfeiler bietet eine verhaltenstheoretische Ergänzung der naturwissenschaftlich geprägten Epidemiologie, die dem *Kalkül des Wirtsorganismus* in der C19-Pandemie zu wenig Beachtung schenkte.

Zweitens geht es um die wichtige Unterscheidung zwischen Pandemiepolitik *in* der Krise und Pandemiepolitik *für* die Krise. *Für* die Krise ist Pandemiepolitik vor und nach einer Pandemie. In dieser Zeit gilt es, Vorkehrungen zu treffen, die *in* der Krise nicht mehr nachgeholt werden können. Dazu gehört die Bestellung des kulturellen Umfelds, in dem die Pandemiepolitik *in* einer neuerlichen Krise reüssieren muss. Für die Pandemiepolitik *in* der C19-Krise hat sich das Tabu des kollektiven Sterbens als schwere Bürde erwiesen, die ihr durch die versäumte Pandemiepolitik *für* die Krise hinterlassen worden war.

Drittens geht es um den ethischen Rahmen, der für die Beurteilung der Pandemiepolitik *in* und *für* die Krise abgesteckt werden muss. So schonungslos eine Pandemiepolitik *für* die Krise aufgrund ihrer deutlich einfacheren Rahmenbedingungen durchleuchtet werden darf, so sehr verdient die Pandemiepolitik *in* der Krise eine mildere Beurteilung ihrer unter Zeitdruck, Ressourcenknappheit und organisatorischen Defiziten zustande gekommenen Maßnahmen. Was aber nicht heißt, dass die *Krisenethik* zum Freifahrschein für die Pandemiepolitik *in* der Krise wird, um, wie bei C19, dem Schutz des Tabus alles andere zu opfern. Sie muss stets mindestens eine substanzielle Abwägung im Krisendasein des Wirtsorganismus vornehmen.

Schließlich bedarf es viertens der Stütze durch eine *Rationalität der Verwesentlichung* von Entscheidungen, auf die politische Entscheidungsträger *in* der Krise angewiesen sind und die dem Wirtsorganismus als Ausdruck von Loyalität dem Gemeinwesen gegenüber zuzumuten ist. Gegründet auf die epikureische Philosophie hilft sie, alle Handlungsalternativen einzig auf ihre Wirkung auf das beste Erlebnis (Supremum) und das schlimmste Erlebnis (Infimum) im sterblichen Dasein des

Wirtsorganismus zu verwesentlichen. Als Handlungsanweisung der *Krisenethik* zwingt sie die Pandemiepolitik auch *in* der Krise zu einer Güterabwägung zwischen Vermeidung der schlimmsten Sterbeerfahrung und Ermöglichung der besten Lebenserfahrung im sterblichen Dasein. Der im Dienst des Tabuschutzes in der C19-Krise verfolgte Gesundheitsschutz war Infimum-Politik, der libertäre Schutz des guten Lebens wäre Supremum-Politik gewesen. Pandemiepolitik *in* der Krise, so die aus Krisenrationalität und von ihr gestützter Krisenethik abgeleitete Forderung, hat den Trade-off zwischen Supremum- und Infimum Politik stets zu beachten.

Aus dieser vierfach bestimmten Perspektive – dem *Kalkül des Wirtsorganismus*, der Unterscheidung zwischen *Pandemiepolitik für* und *in der Krise*, der *Krisenethik* und der sie stützenden *Rationalität der Verwesentlichung* – soll die C19-Politik *in* der Krise beurteilt werden, nicht zuletzt auch, um daraus Lehren zu ziehen. Denn wenn die C19-Pandemie als Trauma eine gute Seite hat, dann die: dass sie alle Möglichkeiten bietet, aus ihr zu lernen. Gilt doch wie für jede andere Krise auch für sie: Nach der Pandemie ist vor der Pandemie.

Teil 1: Kulturevolution von Tod und Sterben

Kapitel 1: Vom Tod zum Sterben zum Leben

»Komm, o Tod, du Schlafes Bruder«
Johann Sebastian Bach, BWV 56,5
(»Kreuzstabkantate«, 1726)

»[I]t is surprising how relatively little man's creative imagination, which exercises itself so freely on other topics, seems concerned with the after-life.«
David Pocock[1]

»A good death certifies a good life.«
Triloki Nath Madan[2]

Zum Prozess der westlichen Zivilisation gehört die Emanzipation des sterblichen Daseins vom Tod als Zustand und die Wandlung des Tods als Ereignis (Sterben) von einem sozialen *Rite de passage* in das letzte Ereignis im durchindividualisierten Dasein. Diese Ideologie der Einzigartigkeit des menschlichen Individuums selbst im Sterben wird geschützt durch das Tabu des *Mort interdite,* des verbotenen Sterbens also, des sichtbaren kollektiven Sterbens: einer genau wie die andere. Dieses Tabu wurde durch die C19-Pandemie auf die Probe gestellt. Unter seiner Regie war für die Pandemiepolitik nüchternes Abwägen zwischen Gesundheits- und Freiheitsschutz zu keinem Zeitpunkt möglich. Stattdessen galt es zum Schutz des Tabus, das Volllaufen der Intensivstationen zu verhindern – koste es, was es wolle.

1 Pocock 2010, S. 369.

2 Madan 1992, S. 429.

Tod und Sterben im Wandel

Das altägyptische Konzept *Maat* baut im Sinne einer intakten Weltordnung auf dem Prinzip der Ausgewogenheit auf. Da das Gleichgewicht aller vorhandenen Kräfte, sei es von Tag und Nacht, von Diesseits und Jenseits, durch falsches Handeln der Lebenden empfindlich gestört werden kann, sind alle verpflichtet, dem richtigen Handeln zu folgen und das Gleichgewicht zu erhalten, um so das Leben nach dem Tod erwarten zu dürfen. Der Totenkult regelte den rituellen und liturgischen Umgang der Lebenden mit den Verstorbenen. Sterben bedeutete nicht nur, aus dem Diesseits herausgerissen zu werden, es wurde vielmehr als *Rite de passage* aufgefasst, der durch Aufnahme der Toten in die Gesellschaft der Verstorbenen und Götter, aber auch durch ihre Wiederaufnahme in die Gesellschaft der Lebenden beendet wurde. Zum Totenkult gehörten nicht nur die Mumifizierung und Grablege, sondern auch regelmäßige rituelle Handlungen am Grab.

Maat war das Menschheitsprojekt des Lebens *mit* dem Jenseits. Der Zeitpfeil Ägyptens zeigt das Prinzip: Er weist nach hinten – aus heutiger Sicht also in die falsche Richtung. Das Wort für Vorfahren (*Ha.tj*) bedeutet »die vor uns« und das Wort für Kinder (*pHwj*) »die hinter uns«[3]: Die Zukunft im Leben war also der Weg zu den Toten und nur das gute Leben stand im Einklang mit *Maat*. Abgerechnet wurde vor dem Totengericht: Das Herz der Verstorbenen wurde gegen die Feder der Göttin *Maat* auf die Waage gelegt. Nur diejenigen, bei denen die Balance hielt, konnten den Übergangsritus zu seinem Ende bringen und als Tote auch zu den Lebenden zurückkehren.

Ganz anders das europäische Mittelalter, das das Menschheitsprojekt des Lebens *für* das Jenseits repräsentiert. Der Mensch »nahm vom Altar der Ewigkeit, was ihm das Leben nicht bot«[4]. Die Todessehnsucht »Komm, o Tod, du Schlafes Bruder« entsprang der Ungeduld im irdischen Jammertal, die dem Warten auf ein besseres Dasein im Jenseits entsprang. Diesseits und Jenseits waren wie durch eine Brandmauer voneinander getrennt: Das Dasein konnte nur entweder hier oder dort sein.

An die Stelle des durch *Maat* geregelten Handels *mit* dem Jenseits trat der Ablasshandel im Diesseits. Leistungsversprechen erfolgten auf

---

3 Hannig 2009, S. 306 und 537.

4 Feller 1955, Band III, S. 107.

Vorkasse im Diesseits, das Totengericht wurde ersetzt durch das Jüngste Gericht. Der Transaktionsgewinn des Käufers wurde erst beim Jüngsten Gericht kassiert, der des Verkäufers sofort.

Das Projekt des Lebens *für* das Jenseits dauerte bis ins 19. Jahrhundert hinein. Noch die Romanfigur Elias Alder, musikalisches Naturgenie und Organist eines österreichischen Bergdorfs im 19. Jahrhundert, das unberührt von der Moderne ganz im alten Glauben geblieben war, »war ein Kind seiner Zeit. Er liebte alles, was mit dem Tod in Verbindung gebracht werden konnte«[5]. Danach aber löschte die Moderne das Leben *für* das Jenseits endgültig aus und ersetzte es durch das Leben fürs Leben. Alles, was im Leben wert ist, getan zu werden, ist fürs Leben. Die gesellschaftliche Entwicklung vom bronzezeitlichen Ägypten über das Mittelalter bis hin zur Moderne zeigt sich auch im Wandel des Handels. Statt dem Handel mit dem oder fürs Jenseits regelt heute die Rentenkasse den Handel im Diesseits fürs Leben im Diesseits.

Am Ende dieser Evolution war der *Tod als Zustand*, T, tot. Vom ehemaligen Begleiter im Alltag übrig blieb der *Tod als Ereignis* – das Sterben, S. Der Tod als Zustand und der Tod als Ereignis stehen als Brüder in gegenseitiger Abhängigkeit. Solange S der *Rite de passage* zu T war, hatte T einen Wert. Ohne seinen Bruder T verlor S seinen Wert als Tor zu T.

Pandemien gab es in der Menschheitsgeschichte viele. Ihre Bekämpfung war nicht nur von Wissen und Geld angetrieben, sondern vor allem auch vom jeweils wirksamen kulturellen Substrat, dem Tod als Ereignis und als Zustand (S,T). Das jeweilige Substrat bestimmt die gesellschaftliche Wahrnehmung einer Pandemie und den Umgang mit ihr, sodass ein und derselbe Erreger je nach Umfeld eine andere Pandemie auslösen konnte. Über Tausende von Jahren blieb das kulturelle Substrat (S,T) erhalten. Erst mit dem im 17. Jahrhundert beginnenden und bis ins 20. Jahrhundert andauernden Verschwinden des Todes als Zustand aus der Gedankenwelt des Westens verwandelte es sich in $(S,\cdot)$: ein Substrat also ohne die alltägliche Präsenz vom Tod als Zustand und ohne die vormalige Funktion des Sterbens als *Rite de passage.*

Der kulturelle Wandel war damit aber noch nicht zu Ende. Denn Sterben verlor im 19. Jahrhundert im Westen nicht nur seine Funktion als *Rite de passage*, sondern verschwand beinahe ganz aus dem *sozialen* Alltag der Menschen. Das kulturelle Substrat, in das die nächste

5 Schneider 2020 (1992), S. 120.

Pandemie fallen würde, war nun (·,·). Und diese nächste war die C19-Pandemie, in deren Umfeld die Pandemiepolitik reüssieren musste.

Tod dem Sterben

Das Verschwinden des Sterbens aus dem *sozialen* Leben war das Ergebnis des medizinischen, technischen und organisatorischen Fortschritts im 18. und 19. Jahrhundert. Über Jahrtausende war Sterben fester Bestandteil des sozialen Lebens überall auf der Welt, im westlichen Teil ist es seit 100 Jahren weitgehend verschwunden. Für Deutschland kann die Verbannung des Sterbens aus dem häuslichen Umfeld durch die Erfindung der Pflegeversicherung als vorläufig letzter Akt dieses Vorgangs betrachtet werden.

Francis Bacons Werk *De dignitate et augmentis scientiarum* gilt als die erste Vision der naturwissenschaftlich-medizinischen Revolution zur Besserung des menschlichen Lebens. Der medizinische und organisatorische Fortschritt des Gesundheitswesens machte das Sterben zunehmend unsichtbar für die Lebenden, indem die Kranken und Sterbenden dem häuslichen Umfeld entzogen und speziellen Einrichtungen – Spitälern und Hospizen – zugeführt wurden. Am Ende der Entwicklung wurde Sterben nicht nur unsichtbar, sondern zu einem beschämenden Versagen des Systems. Folgende vier Phasen macht der Historiker Philippe Ariès für diesen Veränderungsprozess aus:[6]

- *Mort familière* – der vertraute Tod*:* Sterben war so omnipräsent, dass es als integraler Bestandteil des kollektiven Lebens akzeptiert war. *Man* starb, und es starb immer gerade jemand, und eine Seuche machte das Vertraute lediglich noch vertrauter.
- *Mort de soi* – Individualisierung des Todes: Der Tod wurde Einzelschicksal, *man* starb nicht mehr, sondern es starb *jemand* unter individuellen Umständen. In einer Seuche gab es lediglich viele solcher Einzelschicksale, und jeder war für sich selbst verantwortlich, es sich zu ersparen.
- *Mort de toi* – Kollektivierung der Abwehr des Sterbens: kollektive Seuchenbekämpfung, Hygiene- und sanitäre Maßnahmen (Trinkwasserversorgung, Unratbeseitigung), Entstehung des öffentlichen

6 Ariès 1981.

Gesundheitssystems – Seuchenbekämpfung wurde zur staatlichen Aufgabe.
- *Mort interdite* – Sterben als Tabu: Sterben wird als Ergebnis der Dysfunktionalität von Wissenschaft und Gesundheitssystem zur unerhörten Zumutung mit beschämender Wirkung. »Dagegen haben sie noch nichts gefunden!« ist die mildeste Form, diese Zumutung auszudrücken.

Die Entfremdung vom Sterben wurde informationstheoretisch quantifiziert und Ariès' Phasenübergang zum *Mort interdite* empirisch erhärtet:[7] Gegeben die Sterbetafeln der letzten 150 Jahre, wie überraschend kam der Tod im Verlauf eines statistischen Lebens? Hohe Kindersterblichkeit im 19. Jahrhundert war verknüpft mit einem geringen Informationsgehalt des frühen Todes. Das heißt, der Kindstod war als erwartbares Ereignis allgegenwärtig. Aber später, um die Mitte des 20. Jahrhunderts, war durch den medizinischen und medizintechnischen Fortschritt eine größere Gleichverteilung der Sterbewahrscheinlichkeit erreicht. Sterben zu einem bestimmten Zeitpunkt wurde dadurch zu einem überraschenderen Ereignis. Die Verschiebung der Sterbewahrscheinlichkeit bis ins hohe Alter bei zugleich geringer Kindersterblichkeit ab Mitte des 20. Jahrhunderts machte Sterben zum informationsarmen Ereignis nur bei den Alten und sehr Alten, während es für die unter 60-Jährigen zum sehr seltenen Ereignis wurde. Die demografische Entwicklung ließ somit Sterben (vor der Zeit) zum seltenen und individuell schicksalhaften Ereignis werden, zum Ergebnis des punktuellen Scheiterns von Wissenschaft und Technik.

---

7 Meyer und Ponthiere 2019. Informationstheoretische Grundlage ist das Konzept der Entropie in einem statistischen Leben. Je größer das Sterberisiko gemäß Sterbetafel, zum Beispiel in Kindheit oder hohem Alter, umso weniger überraschend kommt der Tod, der Informationsgehalt des Ereignisses ist gering. Die Überraschung des Sterbens und sein Informationsgehalt ist am größten, wenn die Sterbewahrscheinlichkeit von der Geburt bis ins höchste Alter konstant ist. Das Maß für den Informationsgehalt ist Bit: Wie oft muss beim Münzwurf hintereinander Kopf kommen, dass die Wahrscheinlichkeit dafür gleich groß ist wie die, in einem bestimmten Alter zu sterben. Zum Beispiel ergibt sich für den sicheren Tod mit 115 und einer Gleichverteilung der Sterbewahrscheinlichkeit über diese maximale Lebenszeit ein Informationsgehalt von sieben Bit.

Mort interdite ist das vorläufige Ende der Evolution des kulturellen Substrats, in das historisch eine Pandemie gefallen ist. Aus dem Substrat (S, T) wurde $(\cdot, \cdot)$, dessen Wirkmacht kaum überschätzt werden kann.

Tabu

Die C19-Pandemie traf also auf *Mort interdite.* Aus Wuhan kommend brach die unerhörte Zumutung des Undenkbaren über uns herein: Sterben, gegen das noch kein medizinisches Kraut gewachsen war und darüber hinaus ohne Garantie des Systems, dass es außer Sichtweite der noch nicht Erkrankten, wenigstens im Verborgenen der Spitäler und Intensivstationen geschehen würde. Das Undenkbare wird zur Unaussprechlichkeit von »was wäre, wenn …?«: die Rückkehr von *Mort familière.*

Das Wahrnehmungstabu der Bevölkerung diktierte das Wahrnehmungstabu in der C19-Politik. Wer das Undenkbare ansprach, und sei es noch so vorsichtig, wurde als Tabubrecher sanktioniert. So der (in Deutschland einem Landesminister entsprechende) St. Galler Gesundheitsdirektor Bruno Damann, wie der deutsche Gesundheitsminister Karl Lauterbach Mediziner, der in einem Interview auf die Frage, was er jenen antworte, die die Grippe für schlimmer halten als C19, sagte: »Man soll die Todesfälle nicht überbewerten. … Sterben gehört zum Leben. Unsere Gesellschaft hat verlernt zu sterben.« Woraufhin aus anderen politischen Parteien umgehend eine Entschuldigung für diese »menschenverachtenden Aussagen« und sein Rücktritt gefordert wurden.[8]

Das Wahrnehmungstabu wurde zum politischen Argumentations- und Handlungstabu: Es durfte nichts erwogen oder getan werden, was den Vorwurf der Inkaufnahme der unerhörten Zumutung riskierte. Befürwortern von schwachen C19-Infektionsschutzmaßnahmen wurde nur das Argument verziehen, dass in dieser oder jener Region die Intensivstationen auch bei weniger strengen Maßnahmen nicht volllaufen würden. Wer hingegen der Freiheit den Vorzug vor dem Infektionsschutz gab, wurde in die Nachbarschaft der politisch Unberührbaren

8 Millius 2020.

gestellt. *Mort interdite* blockierte die Habermas'sche Diskursethik: Advokaten der Freiheit hätten nur unter Inkaufnahme des Tabubruchs einem geringeren Wert des Gesundheitsschutzes das Wort reden können, während Advokaten des allerstrengsten Infektionsschutzes als Wahrer des Tabus zu keiner Abwägung zwischen verschiedenen Zielen gezwungen worden sind. Ihr Hinweis auf die Gefahr von überfüllten Intensivstationen war das Killerargument schlechthin. *Mort interdite* verstieß so gegen das von der Diskursethik geforderte Prinzip von gleicher Spießlänge für die Kontrahenten. Damit war vorbestimmt, welche Seite sich im politischen Ringen durchsetzen würde.

Die Infrastruktur von *Mort interdite*

In Deutschland waren in der C19-Pandemie die Auslastungsziele für die Intensivstationen sichtbarster Teil der vorhandenen und zusätzlich geschärften Infrastruktur von *Mort interdite*. Es wurde ein dreistufiges System festgelegt: unten die Auslastungsgrenze x für den Anteil von C19-Patienten an der Gesamtkapazität als grobe politische Zielgröße; dann die mittlere Stufe mit der Auslastungsgrenze y des Gesamtsystems. Es galt: $0 < x < y < 1$, das heißt, C19-Kranken durfte nur ein Teil der Betten zugeteilt werden, und die angestrebte Maximalauslastung y war kleiner als die Gesamtkapazität 1. Der Unterschied zwischen x und y hat einen sachlichen Grund in der Konkurrenz um freie Betten zwischen C19-Kranken und Patienten, die aus anderen Gründen eine intensivmedizinische Behandlung benötigen. Der Unterschied zwischen y und der Gesamtkapazität 1 hat einen sachlichen Grund in der Unterausstattung der Intensivstationen mit Personal, die einen Dauerbetrieb unter Volllast unmöglich macht. Die verbleibende Reserve auf der dritten Stufe ist lediglich als kurzfristiger Puffer für Extremsituationen wie lokale Naturkatastrophen oder Großunfälle gedacht.

Dieses dreistufige System der Intensivmedizininfrastruktur ist zugleich ein zuverlässiger Bewahrer des Tabus. Die Auslastungsgrenze für C19-Kranke ist zwei Stufen weg vom wieder offensichtlichen Sterben, und die unerhörte Zumutung des Sterbens aus anderen Gründen ist immer noch eine Stufe weg vom Tabu des wieder sichtbar gemachten Sterbens. Zudem sind die Grenzen x und y unscharf. Man kann darauf vertrauen, dass niemand bei Erreichen von x abgewiesen wird, solange y

noch nicht erreicht ist, und wenn y erreicht ist, gibt es immer noch den Puffer.

Die Dreistufigkeit in der Intensivmedizininfrastruktur war ein Gebot der Vorsicht, kulturell gesehen ist sie aber auch die Watte, in die das Tabu gepackt ist. Aber das Fundament der Infrastruktur von *Mort interdite* reicht noch tiefer und schließt weitere Gründe für den systematischen Kontaktverlust zum Sterben ein.[9]

Erstens den massiven Rückgang der Sterblichkeit im 19. Jahrhundert infolge der Eindämmung von Epidemien wie Diphterie, Malaria, Gelbfieber, Cholera, Tuberkulose, die wiederum durch Verbesserungen in Ernährung und persönlicher Hygiene, sanitärer Ausstattung der Wohnstätten und urbanen Infrastrukturen (Wasserqualität, Abwasser- und Müllentsorgung) möglich wurde. Obwohl medizinisch gesehen immer noch eine echte Bedrohung, wurden Epidemien nun nicht mehr als solche wahrgenommen. So wurde die ab 1918 weltweit grassierende Spanische Grippe in den USA als Echo der mittelalterlichen Pest mit »swamped hospitals, overflowing morgues, mass graves, and corpses in homes besides the sick and dying«[10] beschrieben.Und dennoch konnte selbst diese verheerend wirkende Pandemie den Glauben an die wissenschaftliche Medizin nicht mehr fundamental erschüttern.

Ein zweiter Grund für den systematischen Kontaktverlust zum Sterben liegt im Wandel des Konzepts »Spital«, das sich von einer Einrichtung der christlichen Barmherzigkeit zu einer modernen, an wissenschaftlichen Kenntnissen ausgerichteten Organisation grundlegend änderte. Eine Folge davon war die Verlegung der Krankenpflege und auch des Sterbens von der Familie weg ins Krankenhaus. Der Abstand, den Familie und Umfeld zur persönlichen Erfahrung des Sterbens so gewannen, wurde nun prägend. In diesem Professionalisierungsprozess vollzog sich auch der Wandel des Patienten vom Erkrankten, der ärztlicher Fürsorge bedarf, zum Symptomträger, der versorgt werden muss. Im Zuge dieser Verwissenschaftlichung des Arztberufs wird Krankheit vom Übel zum Untersuchungsbefund und therapeutischen Auftrag und das Spital zur Ausbildungsstätte des medizinischen Nachwuchses, der an und mit den Patienten als Träger von Gewebe seine wissenschaftlichen Lektionen absolviert.

9 Lundgren und Houseman 2010.

10 Ebd., S. 244.

In der Folge dieser Professionalisierung des medizinischen Versorgungsbereichs kommt es zu einem schrittweisen Rückzug der Ärzteschaft vom nicht mehr heilbaren Kranken als Verkörperung des therapeutischen Versagens und einer so erforderlich werdenden fachlich durchorganisierten Patientenpflege, die von nichtwissenschaftlichem Hilfspersonal nach ärztlicher Anweisung und im Rahmen administrativer Ordnung und Effizienz ausgeführt wird.[11] Am Ende steht dann die für niemanden mehr sichtbare Entledigung des Körpers von Verstorbenen durch das diskrete Wirken von Pathologie und Bestattungsunternehmen. »Hospital discipline appears to operate according to an eschatological assumption that a dead body is almost instantaneously an empty shell.«[12]

Womit wir beim dritten Grund der in der Moderne lancierten Tabuisierung des Sterbevorgangs wären, der Entstehung einer Bestattungsbranche. Die rituelle Vorbereitung des toten Körpers durch Familie und Freunde als letzter Dienst am Verstorbenen wurde durch ein neues Geschäftsmodell zur professionellen Dienstleistung für die Hinterbliebenen. Im Zuge dessen wandelte sich die Bestattungszeremonie vom Dienst am Verstorbenen zum Dienst an den Trauernden und der letzte Abschied von einem Akt im Angesicht des Toten zu einer Zeremonie ganz ohne Sichtkontakt zum Toten, oder allerhöchstens mit Blick auf einen zum Schlafenden präparierten Körper.

Schließlich besiegelt viertens die Entstehung des modernen Friedhofs die Beseitigung des Sterbens aus dem Alltag der Lebenden. Mit der Verlagerung aus der innerörtlichen Nachbarschaft an den Rand oder jenseits der Siedlungen ging ein Wandel des Grabbesuchs einher, der nicht mehr als beiläufiges, aber regelmäßiges Vorbeischauen in den Tagesablauf integrierbar war, sondern zum geplanten Besuch wurde, der zudem einzupassen war in die herrschende Friedhofsordnung, die auch sonst durch allerlei Vorgaben das Entindividualisieren des Totengedenkens geradezu systematisch vorantrieb.[13]

---

11 In diesem Prozess ist die Entstehung von Palliativmedizin und -pflege die zwiespältige Rückkehr der christlichen Nächstenliebe und einer weiteren Stufe der Absonderung des Sterbens aus dem Leben.

12 Langford 2015, S. 5.

13 Anderson et al. 2011 stellen in einer Untersuchung zu Grabinschriften aus dem 20. Jahrhundert einen Trend fest hin zur Leugnung des Todes als fester Bestandteil des menschlichen Daseins selbst am Ort der offensichtlichsten Präsenz von

Lundgren und Houseman sehen in diesen Entwicklungen die Ursache einer fortgeschrittenen Entfremdung der Lebenden von Tod und Sterben: »[T]he growth of technology and ever improving medical care causes us to regard death as an unexpected surprise rather than an inevitable consequence of life itself.«[14]

Die Infrastruktur des *Mort interdite* wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch weiter komplettiert durch den Trend zu Klein- und Zweigenerationenfamilien mit korrespondierender Wohninfrastruktur, die für innerfamiliäre Pflege eher keinen Platz vorsieht; sowie durch das gemanagte Doppelverdienertum, das die Rückkehr zur Pflege gemäß christlicher Barmherzigkeit in der Familie quasi unmöglich macht und den Alten geradezu verbietet, den Jungen in diesem Sinne zur Last zu fallen. Die Pflegeversicherung wurde nicht nur eine neue Säule des deutschen Sozialversicherungssystems, ihre Erfindung besiegelte die Trennung der Lebenden von der Erfahrung des Sterbens. Der Weg ist vorgezeichnet: aus dem familiären Umfeld ins Alters- und Pflegeheim und von dort zum Sterben und in den Tod noch weiter weg.

Noch als Kind erlebte ich Anfang der 1960er-Jahre die Großfamilie mit Alten- und Krankenpflege daheim, mit dem Sterben daheim, mit dem Aufbahren des Verstorbenen daheim, mit Kondolenzbesuchen am offenen Sarg daheim und mit musikalisch begleitetem Beerdigungszug von daheim zum Friedhof mitten im Ort. Heute lesen wir: »Auf Wunsch des Verstorbenen fand die Beisetzung im engsten Familienkreis statt.« Und C19 reduzierte das soziale Sterben weiter zur leeren Menge. David Pocock beschreibt dies als Sonderweg des Westens.[15] In tradierten Gesellschaften mit einer zirkulären Zeit der Wiederkehr des immer Gleichen im Rhythmus des Gewohnten (im Sinne Lévi-Strauss') sei Sterben ein soziales Ereignis geblieben: »[F]or the majority of mankind, death is not essentially something which, at a moment somehow-to-be-definded, effects a significant biochemical change in an individual but rather … it is society in all its aspects which suffers the death, not the person, and in short, the point of death is not the point of death.«[16] Im Westen (mit einer linearen Zeit, die das immer Neue bringt) habe sich hingegen

---

Tod und Sterben; sozusagen die letzte Sicherung des Denkverbots für den dem Tod entwöhnten Passanten.

14 Lundgren und Houseman 2010, S. 245.

15 Pocock 2010.

16 Ebd., S. 363.

in den letzten 150 Jahren das Sterben weg vom sozialen und hin zum rein individuellen Ereignis verschoben – einmalig im Dasein *dieses* Individuums.

Die politische C19-Zielfunktion

Tabuisierung ist ein Abwehrmechanismus, der das Aufbrechen gesellschaftlicher Konflikte durch verbergende Markierung potenziell gefährlicher Phänomene verhindern hilft: »Du sollst das eigene kollektive Böse nicht kennen.«[17] Bei C19 markierte *Mort interdite* das kollektive Böse – hier das Versagen des Gesundheitssystems *en gros* – und das eigene Böse – hier dessen Akzeptanz – als schicksalhaft.

Es gibt Tabugeber, Tabunehmer und Tabuwächter. Tabugeber von *Mort interdite* war wie beschrieben ursächlich der medizinische, technische und organisationale Fortschritt im 18. und 19. Jahrhundert im Zusammenspiel mit der bereits in der Aufklärung vollzogenen Erhebung des Menschen zum Einzigartigen der Schöpfung. Tabunehmer und Tabuwächter fallen häufig in eins, was die Beharrungskräfte des Tabus ungemein stärkt. Zu ihnen gehören Menschen, die, das Tabu annehmend, Tabubrechern mit Ironie, Geringschätzung oder sichtbarer Verachtung begegnen. In der Aussage »Jeder muss selbst wissen, was er tut!« drückt sich kein Bekenntnis zu Toleranz aus, sondern ironische Kritik am Tabubruch, deren strengste Form Exkommunikation und Verbannung in die amorphe Kaste der »Querdenker« war. Ein Begriff übrigens, der vor C19 eher als Kompliment für unbequeme, aber durchaus als Bereicherung erlebte Zeitgenossen Verwendung fand und von den dann selbst ernannten »Querdenkern« wahrscheinlich in etwa so gemeint war. *Mort interdite* machte daraus eine Kennzeichnung für Irre, deren Treiben man eigentlich ignorieren könnte, wenn sie nicht so lautstark wären.

Ein Tabu paralysiert die Argumentationsfähigkeit, und so zeigte sich der Tabubruch in symbolischen Handlungen von Demonstranten und »Spaziergängern«, deren argumentative Unbeholfenheit ihre Abstempelung als »Querdenker« in der neuen Bedeutung erleichterte. Bewegungen, die sich strikt sperren gegen eher mühsame Argumentation, ziehen politische Bauernfänger magisch an, und so konnte der Tabubruch von *Mort interdite* von den Tabuwächtern mit politischen Tabus in

17 Kraft 2004, S. 112.

Verbindung gebracht werden. Das Narrativ sagte nicht, es gibt Radikale unter den Tabubrechern, sondern es sagte, die Tabubrecher radikalisieren sich immer mehr und sind deshalb umso mehr auszugrenzen. Die Beobachtung der »Querdenkerszene« durch den deutschen Verfassungsschutz zielte auf den Reiter, traf aber das Ross als Ganzes – und dieses war der Tabubruch von *Mort interdite*.

Mort interdite machte auch vor der Bildungselite nicht halt. Die Rolle von Tabunehmer und -wächter gleichzeitig übernahmen auch – und zwar an vorderster Front – die Medien. Als Tabunehmer blieben sie maulfaul in ihrer Reflexion alternativer C19-Politiken. Echte Politikalternativen waren im Gegensatz zu den täglichen Inzidenzzahlen und der Situation auf Intensivstationen kein Dauerthema in den Nachrichten. So wurde zum Beispiel der schwedische Weg in deutschen Medien in der Tendenz gleichgestellt mit Verantwortungslosigkeit, zum Scheitern verurteilt, als bereits gescheitert beurteilt, letztlich also nur aus der Perspektive von *Mort interdite* bewertet. Der Spin im internationalen C19-Politikvergleich zielte auf die Zertifizierung des Erfolgs der deutschen C19-Politik: geringere Inzidenzen, weniger C19-Tote, stabileres Gesundheitssystem. Es war die Story vom Gesundheitsschutz als *Ziel*. Dabei hätte es tabufrei auch die Story vom Gesundheitsschutz als *Restriktion* sein können: Welche Freiheiten zum Beispiel unter Wahrung von staatlicher Gesundheitsschutzrestriktion aufrechterhalten werden könnten. Stattdessen wurden die Bilder, die skandinavische Lebenslust vermittelten, umgedeutet zu Bildern der unerhörten Zumutung. Die Berichterstattung im Frühjahr 2020 über den schwedischen Weg als russisches Roulette war ein Spin unter dem Tabu des *Mort interdite*.

In ihrer Rolle als Tabunehmer und -wächter zeigten die Medien auch eine außergewöhnliche Effizienz in der Segmentierung der Bevölkerung in Gut und Schlecht: gut die ruhige und loyale Bevölkerung, schlecht die »Querdenker«; gut die Geimpften, schlecht die nicht geimpften Unwilligen, die als vernunftfeindliche Impf*gegner* kompromittiert wurden. Die Story hätte stattdessen auch die über heterogene Präferenzen sein können: übers reflektierte Sich-impfen-Lassen aus Selbstliebe und Altruismus und übers reflektierte Sich-nicht-impfen-Lassen aus Selbstliebe und Prinzip. Will man auch Tabubrechern Rationalität nicht grundsätzlich absprechen, dann war ihr offensichtlicher Unwille, vor laufender Kamera Rede und Antwort zu stehen, der nüchternen Erwartung des Spins geschuldet, den ihre Aussagen in der Berichterstattung erhalten wür-

den. Was es umso leichter machte, sie nicht mehr aus der ihnen zugewiesenen Ecke herauszulassen.[18]

Auf diese Weise arbeiteten in der C19-Pandemie Tabunehmer und -wächter auf der einen und Tabubrecher auf der anderen Seite sogar zusammen. Dies legte die große Linie der C19-Politik fest. Die politische Zielfunktion der C19-Pandemiepolitik wurde zwar *im* politischen Prozess, aber nicht *durch* ihn bestimmt. Sie war von *Mort interdite* vorbestimmt. Es war die folgende lexikografische Präferenzordnung:

Mort-interdite-Zielfunktion 1: Es darf keine Vollauslastung der Intensivstationen geben. Erst wenn dies garantiert ist, darf wieder individuelle Freiheit gewährt werden.

Allein das kulturelle Substrat (·, ·) bestimmte das Ziel, das die C19-Politik bedienen musste und aufgrund der absoluten Geltung von *Mort interdite* alternativlos war. Durch das unfreiwillige Zusammenwirken von Tabunehmern/-wächtern und Tabubrechern wurde es nur noch weiter gefestigt. Und selbst wenn Politiker nicht schon bereits Tabunehmer und -wächter gewesen wären, so hätte sie ihr politisches Überleben dazu gezwungen, es zu werden und im Rahmen dieser strengen Grenzen zu handeln.

Die kulturelle Alternativlosigkeit der C19-Politik macht deren normative Beurteilung vorderhand einfach: Was die Politik nicht zu leisten in der Lage ist, kann nicht von ihr verlangt werden. Insofern läuft eine libertäre Kritik an der C19-Politik ins Leere. Denn Zweifel an einem libertären Kurs ließen sich in der Pandemie immer finden. So wurde zum Beispiel Anfang 2022 als schlagendstes Argument deutscher Impfpflichtbefürworter angeführt, dass die Möglichkeit einer Remutation des Virus mit der Infektiosität von Omikron und der Letalität der Delta-Variante von der Wissenschaft nicht ausgeschlossen werden kann. Unter der Kuratel von *Mort interdite* stehend, kann und konnte der

---

18 Dieser Grundtenor in der Medienlandschaft lässt sich alternativ auch als die unwiderstehliche Versuchung im immer funktionierenden Geschäftsmodell des Katastrophenjournalismus deuten. In dem Fall war *Mort interdite* nicht Ursache des Tenors, sondern kongenialer Schutzschirm des Geschäftsmodells: Es machte jede sich regende Kritik am C19-Katastrophenjournalismus zunichte. Dieser Versuchung erlag auch der Qualitätsjournalismus mehr als sonst, soweit er nicht ohnehin schon selbst *Mort interdite* erlegen war.

Politik demnach nicht vorgeworfen werden, die Freiheit vernachlässigt und damit der Wohlfahrt geschadet zu haben. Dazu waren ihr kulturell viel zu sehr die Hände gebunden. C19 war ein ethischer Freifahrschein für die Politik, wenn man dieser Argumentation folgt.

Genauso die Abwägung zwischen Infektionsschutz und Wirtschaft. Wirtschaftsverbände und Gewerkschaften forderten zwar Ausnahmen für die eigene Branche, aber nie eine radikale Abkehr von der eingeschlagenen Richtung. Was ohne das Tabu zu erbitterten Richtungskämpfen geführt hätte, wurde mit *Mort interdite* unter Murren geschluckt.

Auch in den engeren Grenzen des Gesundheitssystems selbst griff die lexikografische Zielfunktion. Das Kapazitätsmanagement der Intensivstationen nahm Qualitätsverluste in der Versorgung von schützenswertem Leben (Verschiebung nicht dringender Operationen) zugunsten frei gehaltener Intensivbetten für (potenziell) zu erwartende C19-Kranke hin. Unter der Maßgabe der kulturellen Alternativlosigkeit der *Mort-interdite*-Zielfunktion lässt sich die normative Beurteilung der C19-Politik vereinfachen, indem nach ihrer Effektivität und ihrer Effizienz gefragt wird: Waren die Maßnahmen wirkungsvoll? Wurde die Freiheit durch sie nicht unnötig eingeschränkt?

Expertensystem und der Wirtsorganismus Mensch

Mort interdite spurte auch vor, welche Wissenschaften sich in den Medien zu Wort meldeten, zu Wort kamen, von der deutschen Politik als Experten gehört und von der Öffentlichkeit als die Gesichter der C19-Wissenschaft wahrgenommen wurden. Im Wesentlichen waren hier die Naturwissenschaften vertreten wie etwa durch Virologen, Epidemiologen, Immunologen, Aerosolforscher, Intensivmediziner, Physiker; ergänzt um Mathematiker und Statistiker für die Datenauswertung, Simulation und Hochrechnung – insgesamt ein Expertenpool für die Herausarbeitung des Zusammenhangs zwischen Virus und Auslastung der Intensivstationen. Das Tabu sorgte dafür, dass niemand beteiligt war, die oder der die *Mort-interdite*-Zielfunktion wissenschaftlich infrage gestellt hätte. Unterschiede in Einschätzung und Meinung beschränkten sich auf die naturwissenschaftliche Interpretation des Geschehens und die Frage der Effektivität (und Effizienz) von Schutzmaßnahmen, also ob und mit welchen Mitteln das lexikografische Ziel (am besten) zu erreichen sei.

So waren noch im Ende 2021 geschaffenen 19-köpfigen Expertenrat der deutschen Bundesregierung allein 14 Mitglieder aus dem naturwissenschaftlich-medizinischen Bereich vertreten, von nur drei Mitgliedern – einer Ethikerin, einer Professorin für Gesundheitskommunikation und einem Bildungswissenschaftler – kam Fachwissen aus anderen Wissenschaftsfeldern. Zwei Mitglieder schließlich – ein Leiter eines Gesundheitsamts und ein Landrat – brachten Expertise aus der administrativen Linie des Gesundheitssystems ein. Das Gremium repräsentierte den Stand des Wissens in der direkten Linie vom Virus in die Intensivstation ohne Umweg über das komplexe Verhalten des Wirtsorganismus Mensch.

Die tabukonforme Zusammensetzung des Gremiums ließ kein anderes Wissen wirklich zur Geltung kommen. Weder das der Gesundheitsökonomik, das die Systematik von Opportunitätskosten des C19-Infektionsschutzes im gesamten Gesundheitssystem hätte einbringen können, noch das der Wirtschaftswissenschaft im Allgemeinen, das die Opportunitätskosten in der durch C19-Maßnahmen belasteten Wirtschaft hätte darstellen können. Ebenfalls keinerlei Repräsentanz im Gremium fand die psychologische, politologische, soziologische und sozioökonomische Expertise, wie auch kulturwissenschaftliche, ethnologische oder religionswissenschaftliche Kontexte keine Rolle zu spielen schienen. Kein Psychologe, keine Soziologin oder Politologin, kein Verhaltenswissenschaftler, Ökonom oder Kulturwissenschaftler, keine Ethnologin oder Religionswissenschaftlerin war im Expertenrat vertreten.[19]

Die Epidemiologie der Spezies Mensch unterscheidet sich systematisch von der Epidemiologie nicht menschlicher Wirtsorganismen, obwohl es offensichtliche naturwissenschaftliche Gemeinsamkeiten im epidemischen Geschehen gibt. Über diese naturwissenschaftlichen

---

19 Die Swiss National Covid-19 Science Task Force, die auf die Ressourcen des gesamten öffentlich-rechtlichen Wissenschaftsbereichs zurückgreifen konnte, war so aufgestellt: Das Managementteam bestand aus einer Biostatistikerin, einer Medizinethikerin, einem Makroökonomen und einem Infektiologen. Im Expertenteam waren folgende Themenbereiche vertreten: Bildungswissenschaft, Datenwissenschaft, Diagnostik, Informatik, Ökonomik, Epidemiologie, Hausarztmedizin, Immunologie, Infektionsschutz, Intensivmedizin, Aerosolforschung, klinische Medizin, Kommunikationswissenschaft, Mikrobiologie, Kindermedizin, psychische Gesundheit, öffentliches Gesundheitswesen, Virologie.

Zusammenhänge hinaus ist das Infektionsgeschehen bei der Spezies Mensch abhängig von Wissen, Informationsfluss, Glauben, Gewohnheiten, Normen, Konventionen und Wünschen. Dies alles bestimmt das individuelle Verhalten des Wirts, und nur der Wirtsorganismus Mensch ist in der Lage, selbst zwischen Infektionsschutz und anderen Bedürfnissen abzuwägen. Die aus individuellem Verhalten resultierende Interaktion mit anderen menschlichen Wirten beeinflusst das Infektionsgeschehen nicht nur durch den biologischen Sprung von Wirt zu Wirt, sondern auch durch Art und Dynamik der Abwägung zwischen Infektionsschutz und anderen Bedürfnissen. Nur der Mensch kann enttäuschte Hoffnungen haben und gewonnene Zuversicht, nur bei ihm ist die Infektion mit Gedanken (über die Pandemie), ihr Sprung von Hirn zu Hirn als Infektionskette der viralen zur Seite gestellt und bestimmt das Infektionsgeschehen auf eine Weise mit, die sich dem naturwissenschaftlich-medizinischen Zugang verschließt.

Die Memetik – ein Neologismus in Abwandlung des Begriffs Genetik – ist ein Wissenschaftszweig, der sich mit dem Ausbreitungsgeschehen von Wissen, Gedanken, Ideen und Narrativen befasst.[20] In einer Pandemie zählen dazu Zweifel an der Existenz von Virus und Krankheit, Gedanken zur persönlichen Vulnerabilität, Ängste, Ideen über Verantwortlichkeiten für die Krise und Narrationen über verborgene Agenden. Eine memetische Epidemiologie würde Lücken schließen, welche die naturwissenschaftlich-medizinische Epidemiologie offen lassen muss.

Hinzu kommen die soziokulturelle und sozioökonomische Diversität des Wirtsorganismus als Treiber menschlichen Verhaltens. Epidemiologie, die den Menschen als Wirt im Visier hat, ist Sozial- und Gesellschaftswissenschaft. Diese Seite der C19-Pandemie war im deutschen Expertenrat unterrepräsentiert.[21] Ohne die sozial- und geisteswissenschaftliche Expertise verengte sich das memetische Management (des Wirtsorganismus) auf krude Appelle und Verbote. So als ob die Verhaltenswissenschaften keine besseren Anregungen zur Verhaltenssteuerung im Angebot hätten als Schwarzmalerei, Appelle an

20 Dawkins 1989 (1976).

21 In einer stark überspitzten Formulierung könnte die politisch bestimmte Diversität des deutschen Expertenrats als angemessen für eine von Tier zu Tier übertragene Seuche bezeichnet werden, aber nicht für eine Krankheit mit dem Wirtsorganismus Mensch.

Solidarität und das Ordnungsrecht.[22] *Mort interdite* war vielleicht nicht allein für die Unterrepräsentanz der Sozial- und Geisteswissenschaften im deutschen C19-Expertenrat verantwortlich, trug aber wesentlich dazu bei.

Wider das Ende der entgrenzten Individualität

Ein Aspekt der kulturellen Evolution von (S, T) zu $(\cdot, \cdot)$ betrifft das westliche Projekt der Individualisierung, das in der und durch die Pandemie infrage gestellt zu werden drohte. Wer stirbt wie alle anderen, dessen glitzernde Individualität verliert an Strahlkraft.

Der ungebremste Fortschritt im Gesundheitssystem seit dem 18. Jahrhundert minderte menschliches Leid sowie vorzeitiges Sterben und verlängerte das Leben bei guter Gesundheit. Dadurch wurde die Hoffnung auf ein endlos verlängerbares Leben und die Überlistung der Sterblichkeit geweckt. Sie verzehrte den Glauben an die christliche Apokalypse des biologischen Tods und an die Auferstehung zum Jüngsten Gericht durch göttliche Intervention. Die agnostische Hinwendung zum biotechnischen Fortschrittsglauben ersetzte die bis dahin mit der christlichen Apokalypse vorgegebene Herrschaft des Todes durch die Herrschaft der Medizin.[23]

Der biotechnische Fortschritt begünstigte den Säkularismus und seine beiden Komponenten der menschlichen Herrschaft über die Natur und der Emanzipation des Menschen von allem, was über ihm steht.[24] Säkularismus meint dabei weder die Trennung von Staat und Kirche noch die ontologische Negierung von Gott, noch die epistemologische Ablehnung der Idee von Gott. Gemeint ist vielmehr ein von Gott eman-

---

22 Erst in seiner fünften Stellungnahme Ende Januar 2022 wurde vom Expertenrat angemahnt: Es solle – erstens – ein besseres Informationsangebot gemacht werden, um die Entdeckung von Fake News zu erleichtern. Es solle – zweitens – Aufklärung an die Stelle von Werbekampagnen treten, und es sollten – drittens – zielgruppenspezifische Medien eingesetzt werden, um in Echoräume vorzudringen. Dies waren die ersten Empfehlungen dieses Expertenrats überhaupt zum memetischen Management des Wirtsorganismus Mensch.

23 Verhey und Kinghorn 2016.

24 Gaitàn 2019.

zipierter Lebensstil – ein *Way of life*, der im wörtlichen Sinn einen vom typisch theistischen Lebensstil abweichenden *Weg* meint.[25]

Augustinus' und Thomas von Aquins eschatologische Doktrin des gottgemachten Menschen im Diesseits und der Gottesgabe des Lebens nach dem Tod musste dem menschlichen Willen zur Macht über das Dasein weichen. Friedrich Nietzsches Ausspruch »Gott ist tot!« steht für diesen *intellektuellen* Tod. Aber statt von Nietzsches Nihilismus beerbt zu werden, trat an Gottes Stelle Sartres absolut freies Individuum als Gott seiner selbst.[26] Der Glaube an Gott verlor sich im prometheischen Projekt des menschengemachten Gottmenschen.[27] Dessen Lebensstil wurde der Individualismus, der erst durch das verlängerte Leben und die Idee der (approximativen) Unsterblichkeit praktisch umsetzbar wurde: Säkularisierung und biotechnischer Fortschritt als Grundlage einer entgrenzten individuellen Freiheit.

Die C19-Politik im kulturellen Substrat $(\cdot, \cdot)$ fand sich wie in ein Sandwich gepresst zwischen dem unsichtbar zu haltenden Sterben und der Unbedingtheit des individualistischen Lebensstils. Zur unerhörten Zumutung von C19 gehörte also auch das drohende Ende der entgrenzten Individualität: Wie das Projekt der grenzenlosen Individualität retten, wenn alle auf dieselbe Weise sterben? Es gab also gleich zwei sich gegenseitig stützende Voraussetzungen, die die C19-Politik auf die *Mort-interdite*-Zielfunktion vergatterten.

Laissez-faire, die libertäre Gegenposition zum unbedingten Infektionsschutz, wurde im kulturellen Substrat $(\cdot, \cdot)$ auf zweifache Weise ausgebremst: durch die staatlich verordneten Einschränkungen, die als unmittelbare Beeinträchtigung des Projekts der entgrenzten Individualität wirkten, und durch die mittelbare Zumutung, dass wir alle auf dieselbe Weise enden könnten. Während es für die Anhänger der *Mort-interdite*-Zielfunktion kein Pro und Contra gab, war für die Gegenposition der strenge Infektionsschutz selbst Pro und Contra bei der Verfolgung des libertären Ziels. So trafen in der Politik nicht Leben schützende Hardliner auf Lebensstil schützende Hardliner, sondern Leben schützende Hardliner auf Lebensstil schützende Softliner. In Deutschland zum Beispiel positionierten sich die Liberalen in Opposition und Regierung nur wenig

25 Inglehart und Welzel 2005.

26 Gillespie 2016.

27 Harari 2017.

liberaler als die Hardliner. Was in ihrem Sinn eigentlich zu tun gewesen wäre, war zugleich nicht in ihrem Sinn.

Das gute und das schlechte Sterben

Es wird in allen Kulturen zwischen gutem und schlechtem Sterben unterschieden, und in allen gibt es den Wunsch nach dem guten Sterben.[28] Das gute Sterben ist das Sterben zur rechten Zeit: Man stirbt daheim, im Kreis von Familie und Freunden, versehen mit dem, was für eine gute Passage erforderlich ist – Abschied von den Lieben, Erhalt der Sterbesakramente usw.

Zum guten Sterben gehörte einst auch eine Zeit über den biologischen Tod hinaus. Für das engere Umfeld war das zeitlich und örtlich festgelegte Ritual des tätigen Abschieds vom Verstorbenen in Form von Waschen und Ankleiden des toten Körpers, Totenwache, Trauermusik usw. fester Bestandteil seiner Trauer. Und auch das weitere Umfeld folgte je nach sozialem Status verbindlichen Regeln der Anteilnahme – durch das Tragen von Trauerkleidung, durch Kondolenzbesuche, durch Teilnahme an der Beisetzung. Und schließlich war auch der Leichenschmaus, inklusive eines letzten Abschieds von weitläufigen Verwandten, Teil des guten Sterbens. Dieses als *Rite de passage* begleitete Sterben galt der Assimilation der betroffenen individuellen Persönlichkeit in eine allgemeine Kategorie, der alle einmal angehören würden in einer zirkulären menschlichen Zeit.[29]

Das gute Sterben ist gut durch seine Gewöhnlichkeit. Madan beschreibt es als Sterben, das nicht einfach passiert, sondern erreicht wird, das am richtigen Ort (in der Familie), zur rechten Zeit (im Generationengefüge) in angemessenem persönlichen Zustand (körperlich und moralisch) geschieht. Das heißt, es verläuft gut, weil es Ergebnis eines hohen Grades an Selbstkontrolle ist.

Das schlechte, unwürdige Sterben ist nach Madan hingegen Ausdruck von Kontrollverlust, sowohl die eigenen weltlichen und familiären Angelegenheiten betreffend wie auch den eigenen Körper und Geist. Und genau dem leiste heute das moderne Gesundheitssystem Vorschub. Nicht nur entzögen die Spezialisten der modernen Medizin dem

---

28 Madan 1992, Pocock 2010.

29 Im bronzezeitlichen Ägypten ins Reich der Toten, also derer »vor uns«.

Todkranken die Kontrolle über sich selbst, es ginge damit zudem ein Totalverlust an Werten einher, der dem Sterbenden jede Würde nehme.

C19 bedeutet also nicht nur die unerhörte Zumutung, dass das Sterben ins Leben zurückkehrt, sondern die noch unerhörtere Zumutung eines schlechten Sterbens: herausgerissen aus einem blühenden Leben oder aus dem Gleichgewicht des Alters, isoliert im Pflegeheim oder ins künstliche Koma versetzt auf der Intensivstation. Im Hintergrund Angehörige, die sich nicht verabschieden konnten, und Angelegenheiten, die ungeordnet zurückgelassen werden mussten.

Die *Mort-interdite*-Zielfunktion 1 im kulturellen Substrat $(\cdot,\cdot)$ muss deshalb verschärft werden zu

Mort-interdite-Zielfunktion 2: Die Auslastung der Intensivstationen mit C19-Patienten ist zu minimieren. Erst wenn dies erreicht ist, darf die individuelle Freiheit gewahrt werden.

Die praktische Auswirkung dieser Zielfunktion zeigte sich im Alarmglockensystem der Intensivbettenauslastung: Jeder zusätzliche C19-Kranke auf der Intensivstation war eine schlechte Nachricht, jeder Patient weniger zwar eine gute, aber noch lange keine hinreichend gute Nachricht. Die Zumutung des schlechten Sterbens begünstigte jede Verschärfung des Infektionsschutzes, solange die Pandemie noch nicht ganz aus den Intensivstationen verschwunden war.

Vier Einwände und eine Erwiderung

Die Alternativlosigkeit der Zielfunktion 1 beziehungsweise 2 ist, so der vorliegende Befund, dem kulturellen Substrat $(\cdot,\cdot)$ geschuldet. Doch ist dieses Substrat so auch korrekt beschrieben?

Jean Langford macht in seinem Essay über medizinische Eschatologien auf die zunehmende Religiosität und deren Relevanz für das Gesundheitssystem aufmerksam. Der Katholizismus durchdringe immer stärker Recht und Politik.[30] Verhey und Kinghorns Plädoyer für eine eschatologisch bescheidene Medizin im Dienst der christlichen Apokalypse zielt in dieselbe Richtung.[31] Mitfühlende Medizin im Sinne eines *Rite*

30 Langford 2015, S. 8.

31 Verhey und Kinghorn 2016.

de passage würde tatsächlich zu einer anderen Beurteilung der Alternativlosigkeit der *Mort-interdite-Zielfunktion* führen: Das schlechte Sterben wäre nicht so schlecht und die mitfühlende Medizin ein Indiz für die Angreifbarkeit des Tabus. Die libertäre Position könnte sich darauf berufen und eine Zieldiskussion mit Aussicht auf Erfolg führen. Aber solange die Medizin im Dienst des *Rite de passage* bloße Hoffnung oder Ausnahme von der Regel ist, wäre das Scheitern dieser Diskussion absehbar. Es genügt an dieser Stelle der Hinweis, dass in der C19-Pandemie Zieldiskussionen in Deutschland nicht geführt worden sind. Gerungen wurde immer nur um das Wie. Selbst die Kirchen geizten nach außen mit ihrem Trost für den *Rite de passage*.

Ein zweiter Einwand stützt sich auf die frappante Diskrepanz zwischen *Mort interdite* und dem spektakulären und pornografischen Tod. Wie lässt sich *Mort interdite* vereinbaren mit Katastrophentourismus, Unfallgafferei und dem täglichen Konsum von Tod in Blockbustern, Forensik- und Krimiserien? Die mediale Präsenz von Tod und Sterben steht der Unsichtbarmachung des Sterbens durch den medizinischen und organisatorischen Fortschritt diametral entgegen.

Daniel Whright sieht allerdings in der Omnipräsenz des Todes in den Unterhaltungsmedien keinen Gegenbeweis zu *Mort interdite*, sondern dessen Folge. Der vom realen Tod entwöhnte Mensch sucht durch die Unterhaltung künstliche Nähe zu ihm:[32] Kriegsfotografie, Freizeitattraktionen wie der Dungeon im Londoner Tower, in Berlin oder Hamburg, Gruselevents wie Gunther von Hagens *Körperwelten*, zahllose Krimiserien, Gangster-, Katastrophen- und Sci-Fi-Kinofilme usw. gehören zum Output einer veritablen Industrie des pornografischen Tods. Ihr Geschäftsmodell ist das Angebot eines schaurigen Gruselns, das makabre Unterhaltung wird, weil die Wahrscheinlichkeit, selbst das gezeigte Schicksal zu erleiden, gegen null konvergiert und deshalb ganz im Fiktionalen bleiben kann. Konsumiert von Menschen, die selbst tatsächlich noch kaum einen Toten gesehen oder ein Sterben miterlebt haben. Der mediale Tod ist kein Gegenbeweis für *Mort interdite*, sondern sein stärkstes Pro-Indiz: Nur die totale Individualisierung des Todes (als das Einzelschicksal des immer Anderen) überwindet die evolutionsbiologische Todesaversion des Menschen und eröffnet der Unterhaltungsindustrie ein Geschäftsmodell, in dem und durch das der

32 Whright 2017.

grausame, unnatürliche und makabre Tod erlebbar gemacht und der tote Menschenkörper Gegenstand der Unterhaltung wird.

Geoffrey Gorer hat dafür den Begriff *Pornografie des Todes* eingeführt und erklärt ihr Entstehen wie folgt:[33] Der Erste Weltkrieg (inklusive Spanische Grippe) markierte *grosso modo* das Ende der Trauerrituale. Die Überlebenden konnten das Sterbeaufkommen nicht mehr auf die »gute Art« abarbeiten, es kam zum dauerhaften Bruch mit der Tradition, und aus einem Defizit an Trauerarbeit heraus wurde der Tod zum pornografischen Gegenstand im Horrorkult von Comics, Kriegs- und Katastrophenfilm.

Niemand will schlecht sterben, aber ist, so ein weiterer Einwand, das gute Sterben heute nicht ein anderes als früher? Wird heute unter dem guten Sterben nicht das schnelle, unerwartete Sterben verstanden, egal wie groß der Schock der Hinterbliebenen auch sein mag? Nach einem guten Leben einfach tot umfallen? Eine angenehme Art zu gehen, das könnte ich auch unterschreiben! Also gut: Das gute Sterben nicht als Ausdruck von Gewöhnlichkeit, sondern von Außergewöhnlichkeit, die dann auch kein festgelegtes Trauerritual mehr braucht, sondern Schnelligkeit und Effizienz im Hinblick auf den zeitlichen und personellen Aufwand verlangt: »Die Beisetzung fand im engsten Familienkreis statt!« Kein *Rite de passage* zur Überführung der Verstorbenen in eine allgemeine Kategorie, sondern Festigung des Status der Einzigartigkeit *auch dieses* Ereignisses und damit des Schicksals *dieses* Menschen: »Alle Menschen sterben, aber dieser Mensch tat es jetzt zum ersten Mal!« Es geht um die *Einzigartigkeit des menschlichen Individuums selbst in der Einmaligkeit des Sterbens* – ein ganzes Leben lang individuell gelebt ohne einen einzigen Ausrutscher.

Es trifft zu, dass das gute Sterben heute nicht mehr beziehungsweise sogar eher selten das Sterben daheim im Kreis der Familie ist, sondern oft der schnelle Herztod als Effekt des Leistungskults oder der Berg- oder Verkehrstod als Effekt des Freizeitkults ist. Dieser Individualismus selbst im Sterben mindert das Tabu des *Mort interdite* aber nicht, sondern stärkt das stillschweigende Verbot eines pandemiebedingten Massensterbens auf oder gar vor der Intensivstation: nicht plötzlich, sondern langsam seiner Individualität und Selbstbestimmung beraubt, auf eine Weise, der man nicht mehr den Nimbus des Individuellen anhängen kann.

---

33 Gorer 1965.

Und schließlich bleibt der Einwand, dass der Staat kein prinzipieller Gegner des in den Zielfunktionen 1 und 2 dargestellten Sterbens ist. Er nimmt es als massenhaftes Ereignis, das ihm sogar zum eigenen Vorteil gereicht, in Kauf. *Jährlich* sterben in Deutschland 127.000 Menschen an den Folgen des Rauchens und 74.000 am Alkoholkonsum.[34] An ihnen und den noch hinzukommenden Verkehrstoten hat der Staat zu Lebzeiten durch Sondersteuern auf den Konsum verdient, statt diesen mit aller Macht zu bekämpfen.[35] Nicht die *Mort-interdite*-Zielfunktion obsiegt hier, sondern das Abwägen von Pro und Contra, Kosten und Nutzen, in Kauf zu nehmenden Toten und der Einschränkung von individueller und unternehmerischer Freiheit.[36] Ausgehend von weltweit jährlich 850.000 Selbstmorden, ergibt sich ein Verlust von 35 Millionen Lebensjahren mit Präventionskosten in Höhe von rund 18.000 kanadischen Dollar pro Kopf.[37] Und selbst im Spitalwesen der reichen Länder lassen knappe Kassen nicht alles zu, wozu die moderne Medizin in der Lage ist.[38]

Die Evidenz der verdeckten Toleranz der westlichen Gesundheitspolitik gegenüber frühzeitig riskiertem Sterben könnte weiter erhärtet werden. Sie ist überwältigend. Nur ist das alles kein Indiz für die Unempfindlichkeit der Politik gegenüber *Mort interdite*, denn die Kapazitäten der Intensivmedizin waren genau auf diese staatliche Toleranz kalibriert, sodass die erwartbaren Fallzahlen von den Intensivstationen

34 Zum Vergleich: Bis Ende Januar 2022 waren in Deutschland 118.000 Menschen an oder mit Covid gestorben.

35 Würde in dieser gesellschaftlichen »Todeszone« *Mort interdite* den Steuersatz bestimmen, wäre die Zahl der Toten klein anstatt das Steueraufkommen groß.

36 Strulik 2018 zum Beispiel errechnet, dass durch konsequente Selbstkontrolle im Genussmittelkonsum jeder Mensch zwei Qualitätslebensjahre (QALY) dazugewinnen könnte, eine vernachlässigte Aufgabe für die staatliche Fürsorge.

37 Lebenbaum et al. 2019.

38 Das National Institute for Health and Care Excellence (NICE), das den National Health Service (NHS) in Großbritannien berät, empfiehlt, dass Therapien maximal 20.000 GBP/QALY kosten sollten (Ahlert et al. 2015). Zum Vergleich: Die derzeit effektivste und zugleich teuerste invasive Therapie bei Herzrhythmusstörungen ist ein Herzschrittmacher-cum-Defibrillator (CRT-D). Die Kosten pro Person und gewonnenem Lebensjahr liegen zwischen 21.000 und 34.000 Euro (Hadwiger et al. 2020). Damit liegt diese Therapie gerade noch innerhalb bis deutlich außerhalb des von NICE vorgeschlagenen Budgets.

aufgefangen werden konnten und noch eine kleine Reserve für befristete Sonderbelastungen blieb. Sie wurden mit anderen Worten darauf ausgerichtet, dass das Überlaufen der Stationen und das Sterben *vor* ihnen vermieden wurde und somit das Tabu trotz dieser staatlichen Sterbetoleranz gewahrt geblieben ist. C19 zerstörte diese Gewissheit und zwang der Pandemiepolitik die *Mort-interdite*-Zielfunktion auf. Die C19-Politik war keine medizinische, sondern eine unbewusst kulturelle Verteidigungspolitik: Es galt, das Tabu zu verteidigen und mit ihm die Ideologie der *Einzigartigkeit des menschlichen Individuums auch im Sterben* – koste es, was es wolle. In Zeiten vor der Pandemie schützten die schon lange aufgebauten Kapazitäten der Intensivmedizin den staatlichen Saulus vor dem Tabubruch. Der C19-Ausbruch in Verbindung mit einem nicht möglichen schnellen Kapazitätsausbau zwang der Politik die Rolle des *Mort-interdite*-Paulus auf.

Kapitel 2: Der Wert der Sterblichkeit

»Immortality … is alarmingly permanent.«
David Beglin[1]

»[I]f death did not exist, it would have been necessary to invent it.«
Heine A. Holmen[2]

Unter dem Tabu des *Mort interdite* tat die C19-Politik so, als ob Sterben nur Schaden anrichten und keinen Wert mehr haben könnte. Sie schlug sich in der logischen Konsequenz ins Lager jener thanatologischen Modernisten, für die es nichts Besseres gibt als das ewige Leben. Mit dieser Parteinahme musste die C19-Politik in Konflikt zu thanatologischen Traditionalisten geraten, für die das persönliche Sterben weniger schlimm ist als das gehäufte Sterben in der Gesellschaft, da Letzteres ihrem gewohnten Leben im Wege steht. Der in der C19-Pandemie ausgebrochene Kulturkampf zwischen Overperformern des Gesundheitsschutzes, die an ihrem ewigen Leben arbeiteten, und Underperformern, die ihr gewohntes Leben schützten, war ein Kampf zwischen thanatologischen Modernisten und Traditionalisten. Gefangen im Lager der Overperformer, konnte die C19-Politik ihn nicht schlichten.

1 Beglin 2016.

2 Holmen 2018, S. 150.

Auf dem Pfad zur (Quasi-)Unsterblichkeit

Das verdeckte Postulat der C19-Politik, das besagt, dass Sterben nur Schaden anrichtet und keinen Wert mehr hat, muss bei der Vorbereitung auf die nächste Pandemie auf den Prüfstand. Sein Irrwitz tritt in einem Gedankenexperiment zutage: Was wäre, wenn wir wirklich unsterblich wären?

Sterben ist ohne Wert: Das ist die Grundauffassung, die die Arbeit am Projekt des ewigen Lebens leitet. Es beginnt im schon fast Vertrauten. Aus der Schulmedizin heraus findet *Geroscience*, die Wissenschaft über die Mechanismen des biologischen Alterns, Wege, wie die menschliche Gesundheit länger erhalten und vor Alterskrankheiten wie Demenz und Krebs geschützt werden kann. Begleitend dazu versprechen künstliche Intelligenz und Digitalisierung das autonome Leben bis ins hohe Alter.[3] Es geht hier noch nicht primär um ein absolut längeres Leben, sondern um die Sicherung der Lebensqualität mit modernsten Mitteln bis zuletzt. Erst dann setzt gezielte Lebensverlängerung ein. Die Vision dazu stiftete Yuval Harari in *Homo Deus. Eine Geschichte von Morgen*.[4] Es gibt verschiedene Wege, die zum Ziel weisen.

Die transhumanistische Bewegung strebt nach Überwindung der biologischen Grenzen des Menschen mit den Mitteln von Wissenschaft und Technologie in drei komplementären Ansätzen.[5] Der biologische Ansatz verfolgt mithilfe von Bio- und Gentechnik die Möglichkeit einer Unterbrechung des zellulären Alterungsprozesses und einer Beseitigung genetischer Defekte. Der bionische Ansatz baut auf Nanotechnologie und Robotik, die Ersatz von Körperteilen in Form künstlicher Komponenten (Cyborgs) schaffen sollen. Im virtuellen Ansatz geht es um *Mind uploading* künstlicher Intelligenz,[6] also den Transfer der in einem menschlichen Gehirn gespeicherten Information (Erinnerung, Erfahrung, Persönlichkeit) vom biologischen Träger auf ein künstliches Substrat (Maschine). Dies alles sind heute noch Visionen, aber wer hätte sich vor 200 Jahren schon die bis heute in der Medizin erzielten

---

3 Österle 2020.

4 Hariri 2017.

5 Dumsday 2017.

6 Rosenthal 2018.

Fortschritte vorstellen können?[7] Das kulturelle Substrat (·, ·) mit seiner Entwertung von Sterben und Tod zwingt zwar nicht auf diesen Pfad, gibt ihn aber vor.

Forever Young: Robuste Unsterblichkeit

Der Transhumanismus ist die wissenschaftlich-technische Antwort auf den Wunsch nach Unsterblichkeit. Technische Lösungen allein sind aber eine unzureichende Voraussetzung für das Projekt des ewigen Lebens. Es verlangt auch nach einer philosophischen Antwort, zum Beispiel auf die Frage, wie viel von meiner Identität und meinem Projekt der Individualität übrig bleibt, wenn mein Hirn in eine Maschine transplantiert worden ist.[8] Das ewige Leben muss es auch wert sein, gelebt zu werden. Eine Bedingung, die Bob Dylan in dem seinem Sohn gewidmeten Song *Forever Young* so besingt:[9]

May God bless and keep you always
May your wishes all come true
May you always do for others
And let others do for you
May you build a ladder to the stars
And climb on every rung
May you stay forever young
…
May you grow up to be righteous
May you grow up to be true
May you always know the truth
And see the light surrounding you

7 Der Posthumanismus hegt Zweifel an der Eignung des Homo sapiens für eine graduelle Transformation und denkt an einen radikalen Ersatz durch eine neue, vollkommen künstliche »Spezies«. Die Singularität in der künstlichen Intelligenz, die vom Menschen nicht mehr rückgängig zu machende Beherrschung seiner selbst durch Computernetzwerke, markiert die Geburtsstunde dieser neuen Spezies.

8 Jung 2020.

9 Dylan 1973.

May you always be courageous
Stand upright and be strong
...
May your hands always be busy
May your feet always be swift
May you have a strong foundation
When the winds of changes shift
May your heart always be joyful
May your song always be sung
...

Dylan wünscht seinem Sohn nicht nur ewiges Leben, sondern eines voll mit Zielen und Projekten, *für* die es sich zu leben lohnt. Seine Lyrik reiht sich damit ein in philosophische Überlegungen zur *robusten Unsterblichkeit,* eine Unsterblichkeit mit Eigenschaften, die das ewige Leben erst lebenswert machen. Folgende fünf Voraussetzungen werden robuster Unsterblichkeit zugeschrieben:[10]

- *Abwesenheit des biologischen Todes*: Dies ist die notwendige und hinreichende Bedingung für das ewige Leben an sich, welche aber nicht hinreichend dafür ist, dass es auch lebenswert ist.
- *»Gefrorenes« Dasein*: Ewiges Leben kann und darf nicht ewige Krankheit und Siechtum bedeuten. Als Voraussetzung gilt ein guter körperlicher und geistiger Zustand, quasi wie in der Jugend »eingefroren« – »forever young« eben.
- *Nichtkonditionalität*: Biologische Unsterblichkeit darf auch nicht von bestimmten Voraussetzungen abhängen wie zum Beispiel günstigen Umweltbedingungen. Denn so gering die Wahrscheinlichkeit auch sein mag, dass sie nicht erfüllt sind – zum Beispiel erträgliche Klimabedingungen –, irgendwann verlässt den Unsterblichen mit Sicherheit das Glück, so wenig er davon auch zu jedem Zeitpunkt brauchen mag.
- *Unverletzlichkeit*: Für einen so gewappneten Körper darf es auch kein physisches Unfallrisiko geben, das zum Beispiel den Hirntod für ein ewiges Leben bedeuten kann. Denn auch hier führt das kleinste Unfallrisiko in der langen Frist zum sicheren Eintreten aller Unfallrisi-

10 Holmen 2018.

ken, die, da sie nie zum Tod führen, eine negative kumulative Wirkung auf die Lebensqualität entfalten werden.
- *Universalität*: Der Mensch braucht als soziales Wesen auch beziehungsweise gerade in seiner Unsterblichkeit das menschliche Miteinander, und das heißt, dass ausnahmslos *jeder* unsterblich sein muss. Zum einen, weil Unsterbliche niemals Bindungen zu Sterblichen eingehen könnten, zum anderen, weil die Unsterblichen Gewissensbisse ob ihres Privilegs bekommen könnten und beides einem lebenswerten Leben abträglich wäre.

Unsterblichkeitsoptimisten versprechen sich von der robusten Unsterblichkeit ewiges Glück, nicht zuletzt, weil sie ihnen das Leid, das alle Sterblichen plagt, garantiert erspart: die Furcht vor dem sicheren Sterben. Selbst wenn auf alle sonstigen Vorteile des ewigen Lebens verzichtet werden müsste – wie glücklich müsste ein Leben allein deshalb sein, weil es von der Furcht vor Tod und Sterben befreit ist? Für die Unsterblichkeitsoptimisten hat Unsterblichkeit also eine therapeutische Funktion, und ihre Kosten-Nutzen-Rechnung ist ganz einfach: Auf der Seite der Unsterblichkeit gibt es nur Vorteile und keine Kosten, auf der Seite der Sterblichkeit keine Vorteile und nur Kosten. Für die Unsterblichkeitsoptimisten ist die robuste Unsterblichkeit der Himmel auf Erden.

Der Schaden der Unsterblichkeit

Unsterblichkeitsskeptiker bestreiten diese Furcht vor Tod und Sterben als unvermeidbare Kosten der Sterblichkeit nicht. Was sie bestreiten, ist, dass Unsterblichkeit ihrerseits frei von Kosten ist. Mehr noch, für sie gibt es eine ganze Reihe von Kosten der Unsterblichkeit, die sich aufsummieren und Sterblichkeit im Vergleich zur Unsterblichkeit zum kleineren Übel machen. Mit anderen Worten: Sterblichkeit hat einen Wert an sich. Hier ein knapper Abriss ihrer Argumentation, die drei Kostenarten der Unsterblichkeit identifiziert.

Identitätskosten: Unsterblichkeit beeinträchtigt oder zerstört den Fortbestand der persönlichen Identität des Sterblichen, den aufrechtzuerhalten sie keinesfalls garantieren kann. Denn wenn das Interesse an der Verbesserung unserer Umwelt ein wesentlicher Bestandteil der Identität von Sterblichen ist, käme der Schritt in die Unsterblichkeit

dem Verlust unserer Identität gleich. Denn ewiges Leben führe unvermeidlich in einen Zustand der Langeweile (necessary boredom thesis), so der Begründer der modernen Unsterblichkeitsphilosophie Bernard Williams:[11] eine Langeweile, die aus der Entfremdung des Unsterblichen von seiner Umwelt resultiere, weil irgendwann alle Projekte, für die es sich lohnt zu leben, abgeschlossen wären. Die Flucht in Projektoptimismus, der eine unendliche Abfolge von immer neuen Projekten zu erkennen meint, biete keine Lösung dieses Dilemmas. Denn persönliche Identität entstehe nicht aus beliebigen Projekten, sondern aus einer ganz speziellen Teilmenge, die unverwechselbar für ein bestimmtes Individuum stehe: Niemand kann *für* etwas leben, wenn er dafür nichts anderes aufgeben muss, weil er es als Unsterblicher immer nachholen kann.[12] Nur Sterblichkeit macht *Carpe diem* als Lebensstil (unter anderem im Leistungskult) möglich. Persönliche Identität setzt zudem nicht nur eine ausreichende körperliche und geistige Unversehrtheit voraus, sondern auch die Kontinuität des Bewusstseins, eine Voraussetzung, die zum Beispiel beim Verfahren des *Mind Uploading* infrage gestellt wird.[13] Ein funktionierender Verstand auf einem künstlichen Substrat ohne Bewusstsein seiner selbst sei dem Tod so nahe, wie man ihm überhaupt kommen kann. Und auch die Tatsache, dass für Unsterbliche ihre narrativ geformten Biografien keinen Abschluss finden, trage zum Identitätsverlust bei. Das »gefrorene« Dasein als nicht zu Ende zu erzählende Geschichte (auch von Erwartungen) ist für Unsterblichkeitsskeptiker unvereinbar mit einem authentischen Leben. All diese Aspekte summieren sich zu den Identitätskosten der Unsterblichkeit auf.

Wiedererkennungskosten: Auch ein unsterbliches Dasein muss als menschliches erkennbar sein. Wenn aber zum Wesen des Menschseins Heideggers Endlichkeit des Daseins gehört, dann könne, so die Argumentation weiter, ein unsterbliches Wesen mithin kein menschliches mehr sein. Unsterblichkeit und Wiedererkennbarkeit schließen sich demnach aus. Ein zu zahlender Preis für die Unsterblichkeit ist der Verlust des Menschseins an sich – unabhängig davon, wie viel eigene Biomasse noch im Körper steckt.

---

11 Williams 1993.

12 Beglin 2016.

13 Gaitàn 2019.

Attraktivitätsverlust: Ewiges Leben muss auch ein attraktives Dasein offerieren. Leben sei aber nur attraktiv, wenn es wertvoll ist, und wertvoll könne es nur sein, wenn es verletzlich ist. Wenn aber auch nur die kleinste Wahrscheinlichkeit der Verletzlichkeit (weiter-)besteht, weiß der Unsterbliche, dass ihm langfristig eine unendliche Abfolge von Verletzungen sicher ist. Die Universalitätsvoraussetzung transferiert dieses Problem auch ins Soziale: Wie können mir meine Liebsten lieb und teuer sein, wenn keine Konstellation existiert, unter der ich sie verliere? Ein Leben ohne die Möglichkeit der Verlusterfahrung stelle mithin keinen Nutzen der Unsterblichkeit dar, sondern gehöre zu ihren Kosten.

Diese Kostenarten stützen sich auf *interne Kriterien* einer robusten Unsterblichkeit, solche, die, soweit bekannt, das existierende Wesen und die existierende Psyche des Menschseins berühren. Sie betreffen demzufolge die *individuelle* Unsterblichkeit, die Ewigkeit des Menschen als Individuum.

Daneben sind auch *externe Kriterien*, die *kollektive* Unsterblichkeit der Spezies Mensch betreffend, zu erfüllen: Welche Kriterien muss die Zukunft des jetzigen Universums erfüllen, damit robuste Unsterblichkeit in ihr möglich bleibt? Die Astrophysik vom Anfang und Ende *unseres* Universums prognostiziert für dessen Ende aber nur Szenarien des Desasters: *Big Crunch*, *Big Chill*, *Big Rip* sind Endzustände, unter denen ein Fortbestand irgendeines Daseins unvorstellbar ist. Die kosmologische Nichterfüllbarkeit der robusten Unsterblichkeit verunmöglicht also die kollektive Unsterblichkeit der Spezies Mensch. Dennoch: Die an die robuste Unsterblichkeit gestellten Bedingungen der Nichtkonditionalität und Unverletzlichkeit garantieren die Existenz des Unsterblichen auch unter solch desaströsen Bedingungen sicher und damit ein Dasein, dessen zu erleidender Schaden nur hoch sein kann.[14]

Zu diesen Schäden der Unsterblichkeit kommt der theistische hinzu. Wer einen abrahamitischen Glauben hat, für den ist Unsterblichkeit eine Monstrosität, unvereinbar mit dem Heilsversprechen und allem, was

---

14 Das sichere Ende dieses Universums führt zur Frage nach der Möglichkeit eines Folgeuniversums und seiner Eigenschaften sowie eines kontinuierlichen beziehungsweise auch diskontinuierlichen Übergangs vom jetzigen in das nächste Universum usw. Einen interessanten theologisch-kosmologischen Zugang zu diesem Thema, aufbauend auf der christlichen Doktrin der fleischlichen und geistigen Auferstehung Christi (und damit aller Menschen in seiner Folge), bietet Hausoul 2019.

man im Leben für seine Erfüllung tun kann: Nur Sterblichkeit macht Karitas als Brückenschlag vom Diesseits ins Jenseits möglich. »Christian charity might be thought as a concept and practice that simultaneously preserves and polices the boundary between the profane and the sacred, between matter and spirit.«[15]

Wie also lässt sich die Frage nach dem Verhältnis der Kosten der Unsterblichkeit zu jenen der Sterblichkeit beantworten? Unsterblichkeitsskeptiker kommen zum Schluss, dass die Kosten der Unsterblichkeit höher sind, das heißt, Sterblichkeit ist besser als Unsterblichkeit.

Approximative Unsterblichkeit

Was hat das Gedankenexperiment der Unsterblichkeit mit der Pandemiepolitik zu tun? Immerhin ging es bei dieser ja nicht um Unsterblichkeit, sondern um Lebensverlängerung, was ein kategorischer Unterschied ist.

Robuste Unsterblichkeit ist eine Form der *kategorischen* Unsterblichkeit – ohne Wenn und Aber: Unsterblichkeit ist total, unter keinen Umständen trägt sie ein endliches Ablaufdatum. Ein langes und immer längeres, aber auch immer noch endliches Leben, *approximative* Unsterblichkeit, hat deshalb nichts von kategorischer Unsterblichkeit. Die Demarkationslinie liegt am Übergang von endlich zu unendlich. Nichts, was auf dem linearen Zeitpfeil nicht unendlich ist, kann unsterblich sein. Die Gegenwart ist aber geprägt vom Projekt der beständigen Lebensverlängerung (approximative Unsterblichkeit) und nicht vom Projekt der kategorischen Unsterblichkeit. Dennoch sind die Überlegungen zu den Voraussetzungen der robusten Unsterblichkeit kein metaphysisches Sandkastenspiel.

Man kann Holmens These, »wenn es das Sterben nicht gäbe, müsste man es erfinden«, nicht nur als Widerspruch zu einer metaphysischen Vision ohne praktische Bedeutung lesen. Vor dem Hintergrund der epochalen kulturellen Verdrängung von Tod und Sterben aus dem sozialen Leben kann sie auch als Appell verstanden werden, diesen Wandel zu überwinden. Aber nicht durch Umkehr der kulturellen Entwicklung, sondern durch Tod und Sterben als neue Unabdingbarkeit

15 Langford 2015, S. 5.

fürs Menschsein im *individuellen* Bewusstsein. Wer sich ihrer nicht bewusst ist, riskiert seinen individuellen Status als menschliches Wesen. Der Mensch als (einzige) Spezies mit einem Bewusstsein der *eigenen* Sterblichkeit kehre zu sich selbst zurück!

Der Befund von Kapitel 1 verweist hingegen nur auf das Verschwinden des Todes aus dem sozialen, nicht aber aus dem persönlichen Leben. Wo Sterben aber als Alltagserfahrung im Sozialen verschwunden ist, wird dem Verdrängen des eigenen Todes auch aus der persönlichen Sphäre Vorschub geleistet. Spielt er in der Jugend gedanklich und emotional nahezu keine Rolle oder nur indirekt als Kick im Extremsport, taucht er in späteren Jahren sporadisch auf: beim Abschluss einer Lebens- oder Sterbeversicherung, beim Verfassen des Testaments, der Wahl der letzten Heimstätte, den Anweisungen zum letzten Gang – (zu?) wenig Anlässe in einem langen Leben, sich die eigene Sterblichkeit zu vergegenwärtigen. Identitätskosten und Attraktivitätsverlust der robusten Unsterblichkeit machen auch vor dem modernen Dasein nicht halt.

Soweit die Pandemiepolitik alles daransetzt, die Fortschritte im Projekt der approximativen Unsterblichkeit zu schützen, trägt sie zur Verfestigung ihrer Kosten bei. Für die Beurteilung der Pandemiepolitik entscheidend sind jedoch nicht nur die monetären Kosten, die in der Gesundheitspolitik routinemäßig geprüft werden, sondern auch die nicht monetären Kosten des Projekts der approximativen Unsterblichkeit.

Das Gedankenexperiment der kategorischen Unsterblichkeit legt außerdem ein logisches Problem der Pandemiepolitik offen: Geht es ihr nicht um Unsterblichkeit, sondern bloß um Lebensverlängerung, verstanden als »heute noch nicht!«, dann sind wir eben doch in der Unsterblichkeit angelangt, weil es auch morgen, übermorgen, *ad infinitum* heißen wird: »noch nicht!«. Logisch muss eine Pandemiepolitik, die sagt »heute noch nicht!«, also den Standpunkt vertreten, der Schaden der Unsterblichkeit sei geringer als der kumulierte abdiskontierte Nutzen aus »heute noch nicht!«. Das heißt, Pandemiepolitiker politisieren zwangsläufig im Lager der Unsterblichkeitsoptimisten, sosehr sie diese auch als Fantasten abtun wollten. Die *Mort-interdite*-Zielfunktion als Politik des »Heute-noch-nicht!« impliziert:

Lemma 1: Die Mort-interdite-Zielfunktion basiert auf der Hypothese, dass heute zu sterben für das menschliche Dasein kumulativ schlimmer ist, als ewig leben zu müssen.

In der C19-Pandemie lief dieser Standpunkt der Einfachheit halber darauf hinaus, dem Sterben keinerlei Nutzen an sich beizumessen, sondern es als etwas zu behandeln, dessen durch und durch negative Wirkung keiner weiteren Erläuterung bedarf. Dieser Standpunkt der Alternativlosigkeit der Zielfunktion verbat sich jede ernsthafte Diskussion über die inhärente Menschlichkeit des Sterbens.

Als Diskurskiller trug Lemma 1 zur allgemeinen Konfusion bei. So wurde in Deutschland der assistierte Suizid im Februar 2020 legal, zur selben Zeit, als die *Mort-interdite*-Zielfunktion zum Credo der C19-Politik wurde. Die Konfusion bezüglich Tod und Sterben zeigt sich auch darin, dass in Deutschland innerfamiliäre Suizidhilfe (unter Bedingungen) als Dienst an den Lieben legalisiert wurde, es zugleich aber immer noch die bedingungslose Bestattungspflicht gibt – selbst die Urne muss bestattet werden und darf nicht als Erinnerung zu Hause behalten werden.[16] Konfusion aber auch in den USA, wo der pornografische Tod auf das Bildtabu der 9/11-Toten trifft, kollektive Gier auf kollektive Scham trifft. Das Tabu *Mort interdite* schafft Konfusion, weil es in sich selbst differenziert ist und so an der Oberfläche scheinbare Widersprüchlichkeiten produziert.

Das differenzierte Tabu

Was genau ist tabu? Sterben, Tod, Sterbende in Spitalgängen, Massengräber, Überforderung des Gesundheitssystems? In der Moderne ist Tod und Sterben nicht pauschal tabu. Sie sind immer zugleich präsent und absent. Verschiedene Entwicklungen begünstigten das differenzierte Tabu.[17]

Nach dem Zweiten Weltkrieg war das Tabu im bürgerlichen Mainstream bereits verbreitet, aber es gab und gibt Gegenströmungen am gesellschaftlichen Rand. Hippies sahen sich als kleines Element im großen organischen Fluss. Heute bewahren Punk und Goth dieses stilistische Erbe. Die Endzeitästhetik des Punks vermittelt Tod und Sterben viel stärker als die lebensversessene Mainstreamästhetik. Der Heroinschick des Goth und die Ästhetik der Selbstverstümmelung sind

16 In der Schweiz ist Sterbehilfe (unter Bedingungen) schon lange legal und die Bestattung von Urnen nicht Pflicht.

17 Walter 1991.

ein Balanceakt zwischen Leben und Tod. Im Gegensatz zum Mainstream ist am Rand der Gesellschaft der Schaden der Unsterblichkeit und der Nutzen der Sterblichkeit hoch. Im Mainstream sind die Massenmedien auf Jugend, Glamour und Gesundheit programmiert, außer in der offensichtlichen Fiktionalität des pornografischen Sterbens. Den realen Tod sind sie nicht imstande zu zeigen.

Tony Walter deutet das Tabu nicht als Sterbeverbot, sondern als das, was im Verborgenen passieren muss. Man darf sterben, aber nicht vor aller Augen. Dies erklärt noch einmal die Unbedingtheit der C19-Politik, Sterben hinter den Paravent auf der Intensivstation zu verweisen. Und es erklärt die politische Bedenkenlosigkeit, den harten Kurs mit der Letalität der Krankheit zu begründen, was sogar noch in der Omikron-Welle mit meist milderem Krankheitsverlauf getan wurde.

Wenn Walters weitere Argumentation stimmt, wonach für das auf Lebenserhaltung getrimmte medizinische Personal Sterben etwas Befremdliches, ein Hinweis auf mögliches professionelles Scheitern sei, wusste die C19-Politik die Gesundheitsbranche bedingungslos hinter ihrer *Mort-interdite*-Zielfunktion.

Unterschiedliche mentale »Frames« machen Tod und Sterben nicht zum Un-Thema, über das nicht zu sprechen ist, sondern zum Anlass für gegenseitiges Unverständnis. Der mentale Frame des Arztes und des Gesundheitsökonomen unterscheidet sich insofern, als für den Arzt Geld bei der Lebenserhaltung keine Rolle spielen darf, egal welche Kosten sie außerhalb des Gesundheitssystems erzeugt. Für den Ökonomen dagegen ist die Lebensverlängerung ein Gut mit einem Preisschild. Für den einen ist Sterben aus Geldmangel tabu, für den anderen ein in Kauf zu nehmendes Übel.

Für Modernisten ist kollektives Sterben als Ende der entgrenzten Individualität undenkbar und unaussprechbar. Ganz anders das Sterben als Jungbrunnen der Gesellschaft – wo auf dem linearen Zeitpfeil das ewig Neue das Alte ersetzt: Der Abgang der »alten Eisen« in Berufs- und Vereinsleben ist die Voraussetzung für den dann folgenden Wandel.

Nicht alle Mitglieder der modernen Gesellschaft sind schon in ihr angekommen. Für einige ist das kulturelle Substrat noch (S, T). Traditionalisten in der Moderne mit einer zirkulären Zeit sehen ihrem eigenen Tod im ewigen Kreislauf gelassen entgegen, erkennen aber im Sterben in der Gesellschaft eine Gefahr für den ewigen Kreislauf. Der eigene Tod ist kein Tabu, sehr wohl aber eine Pandemie – als Gefahr für das Gleichgewicht der Gesellschaft. Nicht weil durch sie die eigene Sterblichkeit

akzentuiert, sondern das gewohnte Dasein zerstört wird. Die als solche bezeichneten »Corona-Leugner« sind in diesem Sinn Traditionalisten. Ihr Denktabu der Pandemie rettet den Rest ihres geregelten Daseins. Ihr Tabu ist nicht *Mort interdite*, sondern der verbotene Wandel. So stehen sich Modernisten und Traditionalisten verständnislos gegenüber. *Mort interdite* lässt sich deshalb so präzisieren:

Lemma 2: Mort interdite ist das Tabu des persönlichen Sterbens, welches das Projekt der entgrenzten Individualisierung zum Scheitern bringt.

Die *Mort-interdite*-Zielfunktion ist die Hommage der Pandemiepolitik an den Mainstream der westlichen Moderne. Ihre Narrativik operiert mit der unausgesprochenen (Droh-)Frage: Was wäre, wenn es dich *persönlich* träfe?

Dies macht an den Wirtsorganismus Mensch gerichtete Appelle, zu Solidarität und Verantwortungsbewusstsein zu finden, schwierig. Nach der »Werbeslogan-Epidemie« (»Wir halten zusammen!«, was tabukonform offenließ, wobei), die im März 2020 ebenso plötzlich ausbrach, wie sie wieder verschwand, vergingen in Deutschland 20 Monate, bis die Impfpflichtdebatte Solidarität und Verantwortung für andere wieder stärker in den Vordergrund rückte. In der Zwischenzeit wurde in Sachen Infektionsschutz an die Selbstverantwortung appelliert: »Schütze dich selbst!« Ein Grund mag der (ungewöhnliche) politische Zweifel an der Fähigkeit des Menschen zum Altruismus gewesen sein, eine Fähigkeit, die sonst vor allem von der orthodoxen Ökonomik bezweifelt wird, wofür ihr von allen Seiten ein realitätsfernes Menschenbild attestiert wird. Zur politischen Wahrung des Tabus ist eben jedes Mittel recht.

Der Zwang von Lemma 2, dem sich die staatliche Narrativik beinahe widerstandslos ergab, trug das Seine zur Vermeidung von Appellen an die Solidarität bei. Auch zu sehen an der deutschen Impfpflichtdebatte, in der ausschließlich Varianten negativer Anreize wie Geldbußen und fortgesetzte Einschränkungen der individuellen Freiheit für Impfverweigerer zur Sprache kamen. Die potenzielle Verletzung der Impfpflicht wurde damit ausschließlich mit der Gefahr für das egoistische Projekt der entgrenzten Individualisierung verknüpft. Ein positiver Anreiz, ähnlich wie bei der Lotterie *Glücksspirale* den Egoismus zugunsten eines solidarischen Aktes zu überwinden, wurde nicht erwogen. Wäre dadurch doch die Aufmerksamkeit von *Mort interdite* von Lemma 2, vom

Tabu des Scheitern eines persönlichen Projekts, abgelenkt worden.[18] Das Tabu ist durch seine Differenziertheit subtil, bleibt aber ohne inneren Widerspruch.

Der neue Kulturkampf: Overperformer versus Underperformer

Das differenzierte Tabu ließ in der C19-Pandemie einen neuen Kulturkampf entflammen – einen Kampf zwischen den Konfessionen der Overperformer und Underperformer. Overperformer übererfüllten die staatlichen Vorgaben zum Infektionsschutz, standen fürs Impfen Schlange, reduzierten ihre Kontakte – auch in der Zeit nach der Krise. C19 hinterließ so eine dauerhafte Spur in der Kultur. Underperformer verstießen gegen Vorschriften, fanden sich in Protestbewegungen wieder und begannen nach der Krise, alles mit Zins- und Zinseszins nachzuholen, was sie in der Krise verpasst haben. Ihre Rechnung mit dem Staat bleibt lange offen. So hinterließ C19 eine kulturelle Spur. Alles, was Overperformer taten, war konsistent mit der Wahrung des Tabus von Lemma 2. Für Underperformer war Sterben in der Pandemie hingegen nicht zwingend das Scheitern ihres persönlichen Projekts, sondern ein gegebenenfalls dafür zu zahlender Preis. Mit anderen Worten: Für Underperformer hatte Sterben einen Wert als Mittel zum diesseitigen Zweck.

Unter der Kuratel von Lemma 2 war die C19-Politik außerstande, im Kulturkampf zu vermitteln. Und das naturwissenschaftlich-medizinisch ausgerichtete Expertensystem bot auch keine Hilfe. So schlug sich die deutsche C19-Politik tabukonform auf die Seite der Overperformer und nahm für sie den Kampf mit den Underperformern auf. Der laute Teil der Underperformer wurde von ihr in die Ecke der Staatsfeinde gedrängt.

Warum drangen die Kultur- und Sozialwissenschaften, einschließlich der Wirtschaftswissenschaften, mit ihrem Rat nicht bis zur Politik durch? Es lag nicht nur an ihrem randständigen Dasein außerhalb des

---

18 In Österreich wurde zur positiven Incentivierung eine Lotterie erwogen. Sie sollte durch Konsumgutscheinpreise aber ebenfalls nur den menschlichen Egoismus ansprechen. Der Vorschlag blieb so den entscheidenden Schritt vor der Aufweichung des Tabus zurück.

Expertensystems. Es lag auch daran, dass Teile dieser Wissenschaften selbst zu Tabunehmern und Tabuwächtern geworden waren. Nicht bewusst und explizit wie die Medizin unter ihrem hippokratischen Eid, sondern schleichend in der kulturellen Evolution von (S, T) zu $(\cdot, \cdot)$. Den Niederschlag dieser Evolution finden wir zum Beispiel in der Ökonomik. Ihre Epistemologie steht selbst unter dem Diktat von *Mort interdite*.

Kapitel 3:
Tabu und Wissenschaft: Der Utilitarismus

> »Denn was uns nicht belästigt, wenn es wirklich da ist, kann nur einen nichtigen Schmerz bereiten, wenn man es bloß erwartet. Das schauerlichste Übel also, der Tod, geht uns nichts an; denn solange wir existieren, ist der Tod nicht da, und wenn der Tod da ist, existieren wir nicht mehr.«
> *Epikur, Brief an Menoikeus*

> »[A]ny death entails the loss of some life that its victim would have led had he not died at that or an earlier point.«
> *Thomas Nagel*[1]

In der orthodoxen Ökonomik endet das menschliche Dasein schon vor dessen Ableben. Der dort für Politikvergleiche herangezogene Utilitarismus fällt in den Konventionen seiner Anwendung selbst dem Tabu des *Mort interdite* zum Opfer und ist damit ein Beispiel dafür, wie die Macht eines Tabus das wissenschaftliche Denken gängeln kann. Selbst zum Tabunehmer geworden, wusste die orthodoxe Ökonomik keinen Rat, wie *Mort interdite* in der Abwägung mit dem Freiheitsschutz behandelt werden sollte, und konnte wenig zur Rationalisierung der C19-Politik beitragen. Und dies, obwohl der philosophische Utilitarismus auf das Abwägen zwischen Politikalternativen ausgerichtet ist.

---

1 Nagel 1970, S. 77.

Das utilitaristische Angebot an die Pandemiepolitik

Für die Beurteilung von Politikalternativen greift die orthodoxe Ökonomik auf den Utilitarismus als gängige Methode zurück. Zu dessen nicht mehr hinterfragtem paradigmatischen Kern[2] gehört erstens der methodische Individualismus, der besagt: Das Ganze ist das Aggregat der Teile, also alle von der zu beurteilenden Politik betroffenen Mitglieder der Gesellschaft. Folglich wird Pandemiepolitik im Utilitarismus definiert als Gesamtwirkung aller auf Verhalten und Nutzen des Wirtsorganismus Mensch (in seiner ganzen individuellen Vielfalt) bezogenen Einzelwirkungen. Die durch sie beeinflusste Wohlfahrt der Gesamtbevölkerung ist im Utilitarismus das einzige Kriterium zur Beurteilung der Pandemiepolitik.

Zum paradigmatischen Kern des ökonomischen Utilitarismus gehört auch die Annahme, menschliches Verhalten sei prinzipiell geleitet von Rationalität, welche mit der Mehrung des individuellen Nutzens gleichgesetzt ist. Demnach verhält sich der Wirtsorganismus des Krankheitsüberträgers *grosso modo* so, als ob er primär die Mehrung seines Nutzens verfolge. Folglich wirken in der utilitaristischen Beurteilung Infektionsschutzmaßnahmen und die Immunisierungsstrategie über ihre Steuerwirkung auf das rationale Verhalten des Wirtsorganismus ein. Wobei auch die Pandemie selbst das Verhalten beeinflusst, insoweit der Wirt es für rational erachtet, sich (und andere) mehr oder weniger vor der Ansteckung zu schützen.

Die utilitaristische Beurteilung des Pandemieschutzes berücksichtigt also zwei Feedbackschlaufen zum und vom Wirtsorganismus: Die eine geht von der Infektiosität des Erregers und der Letalität der Krankheit zum Selbstschutz- und Fremdschutzinteresse des Wirtsorganismus und schließt die sich daraus ergebende Rückwirkung auf das Infektionsgeschehen ein – was zusammen das Referenzsystem für die Politikbewertung bildet. Die zweite Schlaufe reicht von staatlichen Schutzmaßnahmen zum rationalen Verhalten des Wirtsorganismus und von dort wiederum zurück zum Infektionsgeschehen. Über diese Schlaufen kann Pandemiepolitik drei unterschiedliche Effekte im Hinblick auf die Wohlfahrt erzeugen: Entweder sie wirkt wohlfahrtssteigernd, oder sie bleibt wirkungslos, oder aber sie ist kontraproduktiv (weil sie zu dysfunktionalem Verhalten motiviert).

---

2 Lakatos 1970.

Die dritte Komponente, die zum paradigmatischen Kern des Utilitarismus gehört, ist ein Kriterium der Wohlfahrtsverbesserung. Das Minimalkriterium im Sinne einer Mindestvoraussetzung ist das Pareto-Kriterium, wonach gilt: Es muss durch die Politik mindestens ein Mitglied der Wirtspopulation bessergestellt und keines darf durch sie schlechtergestellt werden. Das Pareto-Kriterium vermeidet das Problem des interpersonellen Nutzenvergleichs und setzt deshalb lediglich eine ordinale Nutzenskala voraus. Ökonomen, die sich nicht vor interpersonellen Nutzenvergleichen scheuen, müssen hingegen mindestens eine Differenzskala des individuellen Nutzens unterstellen, sodass sich die Wohlfahrt verbessert, wenn die Summe der Nutzenzuwächse in der Wirtspopulation die Summe der Nutzeneinbußen übersteigt.

Der Utilitarismus als normative Grundlage des Pandemieschutzes hätte einen anderen als den tatsächlichen C19-Expertenrat verlangt: Die in jedem Fall erforderliche naturwissenschaftlich-medizinische Expertise wäre dann zu ergänzen gewesen um die Verhaltenswissenschaften – sprich Psychologie, Soziologie, Ethnologie, Wirtschaftswissenschaft. Zwar hätte auch eine breiter aufgestellte Expertise eine ähnliche Pandemiepolitik wie die tatsächlich betriebene *Mort-interdite*-Politik zur Folge haben können. Dies aber nicht mit der Zwangsläufigkeit, die durch das herrschende Tabu von vornherein so gegeben war.

Wie jedes normative Konzept kann auch der ökonomische Utilitarismus aus kontextunabhängigen und kontextspezifischen Gründen kritisiert (und sogar verworfen) werden.[3] Ein spezifisches Manko aber, das der ökonomische Utilitarismus aufweist, erlangt gerade in einer Pandemie besondere Virulenz: Da der ökonomische Utilitarismus in den Konventionen seiner Modellierung selbst dem *Mort interdite* unterliegt, wurde und wird alles, was in ihm an Potenzial als Leitfaden für die Pandemiepolitik stecken mochte, vom Tabu zunichtegemacht. Seinerseits zum Tabunehmer und -wächter geworden, konnte der ökonomische Utilitarismus nichts zu seiner rationalen Behandlung beitragen.

3 Kontextunabhängig zum Beispiel wegen seines Rationalitätskonzepts (vgl. Sen 1977) und kontextspezifisch zum Beispiel im Hinblick auf seine Anwendbarkeit im Gesundheitssystem (vgl. Thiele und Gethmann-Siefert 2019).

Das ökonomische Ende vor dem Sterben

Die orthodoxe Ökonomik befasst sich mit dem Leben und sonst nichts. *Wie* dieses endet, S, erfährt aber überraschenderweise wenig Beachtung. *Wann* es endet, ist dafür von umso größerem Interesse, weil dieser Zeitpunkt die Dauer der Existenz des Untersuchungsgegenstands wie folgt definiert: Die Dauer des Lebens ist eine endogene Variable in Abhängigkeit von der Nachfrage des sterblichen Daseins nach Gesundheit. Gesundheit ist eine Kapitalform, die wie beim Sparen durch Konsumverzicht (auf ungesundes Leben) akkumuliert wird und eine Rendite in Form eines beschwerdefreien langen Lebens abwirft.[4] So wird für Ökonomen Lebensdauer zum Teil der individuellen Lebensplanung. Ein rationales sterbliches Dasein wird, so das ökonomische Kalkül, Akkumulation und Verschleiß seines Gesundheitskapitals so planen, dass der Barwert der Periodennutzen, also aller auf den Lebensanfang abdiskontierte Nutzen eines Lebensjahrs, über die gesamte (erwartete) Lebensdauer maximal ist. Was unmittelbar zur Folge hat, dass das rationale sterbliche Dasein sein Gesundheitskapital am Lebensende ganz verbraucht haben wird, weil Restgesundheit nicht vererbt werden kann. Die ökonomische Grundaussage zum Leben ist somit die: Der rationale Mensch stirbt sehr krank (wie!) und unmittelbar, nachdem er so krank geworden ist (wann!). Das *Wie* bleibt somit immer gleich, das *Wann* hängt von vielen (gesundheits-)ökonomischen Faktoren ab.

Sterben, S, ist deshalb im ökonomischen Verständnis keine eigenständige Kategorie im Gesamt aller das sterbliche Dasein umfassenden Erfahrungen, sondern nur die Beendigung eines lebenslangen Konsumprogramms. Es ist keine eigenständige Kategorie wie das oben beschriebene über den biologischen Tod hinausreichende soziale Sterben, dem sogar noch die Chance auf ein gutes Sterben inhärent war, das noch im Sterben das Leben zu einem guten macht. Im Denken der Ökonomen wird (S, T) zu $(\cdot, T)$ mit der Folge, dass man analytisch das Leben ohne Verlust an seinem Barwert auch schon Sekunden vorher enden lassen kann oder auch einen ganzen Tag früher oder vollends »vor dem letzten Gang«. In der Konsequenz modelliert die orthodoxe Ökonomik das Leben als offene Menge ohne »den letzten Gang«. Auch die Modellerweiterung ums Lebensrisiko ändert nichts am Paradigma des Lebens als offene Menge. Unter Bedingungen von Risiko verbessert das gesunde Leben

4 Grossman 1972.

heute die Wahrscheinlichkeit auf Gesundheit morgen, und der Sterbezeitpunkt hat lediglich eine exogene Zufallskomponente. Es ist das Leben als offene Menge einer Abfolge von Konsumereignissen ohne »den letzten Gang«, das den Interessensgegenstand der orthodoxen Ökonomik bildet.

In der ökonomischen Betrachtung endet also der Mensch, bevor er stirbt, und deshalb weiß der Utilitarismus keinen Rat, wie *Mort interdite* in der Pandemiepolitik behandelt werden soll. Im ökonomischen Modell des rationalen sterblichen Daseins als offene Konsummenge ist Sterben wie von Geisterhand verschwunden. Ökonomen blieb in der C19-Pandemie deshalb wenig anderes übrig, als sich mit dem Verweis auf die wirtschaftlichen Kosten der C19-Politik unbeliebt zu machen. Ironischerweise war aber der gegen sie gerichtete Vorwurf, eine unmoralische, kameralistische Herzlosigkeit dem Leid von Schwerkranken und ihren Angehörigen gegenüber an den Tag zu legen, ihrer eigenen Beflissenheit zu verdanken, mit der sie das Tabu zu wahren suchten.

Tod als absolute Null

Eine weitere versteckte Annahme, die sich in der Risikomodellierung im ökonomischen Modell zeigt, betrifft die Frage nach dem Verhältnis von Leben und Tod. Das Herunterfahren des Gesundheitskapitals in einer Wahrscheinlichkeitsrechnung macht das Lebensende zu einer erwarteten »Geschäftsaufgabe«, durch die das rationale sterbliche Dasein immer indifferenter wird gegenüber den beiden Alternativen Leben, L, und Totsein, T.[5] Diese Indifferenz bei der Geschäftsaufgabe ist aber nicht jenem Gleichmut vergleichbar, mit dem in traditionellen Gesellschaften der persönliche Tod in der zirkulären Zeit angenommen wurde, sondern sie ist ein Darben in linearer Zeit: Das erwartete Lebensende ist nie der Höhepunkt im Leben, sondern sein absoluter Tiefpunkt, so wie null Kelvin das absolute Temperaturtief ist. Weil bereits vor dem Sterben dem Totsein mit Indifferenz begegnet wird, kann das Totsein auch nicht besser sein als das letzte Leben. Es ist das Totsein, das im ökonomischen Denken den absoluten Tiefpunkt markieren *muss*. Der ökonomische Utilitarismus verwandelt $(\cdot, T)$ in $(\cdot, \cdot)$.

5 Hugonnier et al. 2019.

Das epistemologisch Bemerkenswerte daran ist: Die orthodoxe Ökonomik befasst sich im kulturellen Substrat $(\cdot, \cdot)$ nicht mit dem Tod als Zustand, T, und braucht doch – zur Kalibrierung des Lebens zuvor – eine ausformulierte Annahme über ihn. Ökonomen tun dies ab als Fall für eine harmlose Normierung: Sie setzen T einfach auf die absolute Null und lassen es damit ganz aus ihrer Modellierung verschwinden. Schließlich muss auch das Thermometer auf die absolute Null gesetzt werden, und ob das nun bei minus 273,15 Grad Celsius oder bei 0 Kelvin geschieht, ist für die Analyse bedeutungslos.[6]

Die Normierung, die den Tod auf die absolute Null setzt, ist aber alles andere als harmlos. Sie ist dem Dogma des Atheismus geschuldet und damit nicht wertfrei: Der Zustand im Totsein wird in der orthodoxen Ökonomik als erwiesenermaßen exogen behandelt, unabhängig vom zuvor geführten Leben. Und nur deshalb eignet er sich für die Normierung.

Das Problem bei dieser Normierung ist Folgendes: Die Rationalität des Wirtschaftssubjekts muss im Popper'schen Sinn der jeweiligen Situation angemessen sein, und zur Angemessenheit gehört eben auch *dessen* jeweiliger Wissensstand im Hinblick auf den Modellzusammenhang *seiner* Welt. Unter dem atheistischen Dogma oktroyieren Ökonomen aber ihren atheistischen Wissensstand über ihre Welt, $(\cdot, \cdot)$, ihrem Wirtschaftssubjekt auf, dessen Wissensstand aber (S, T), $(S, \cdot)$, $(\cdot, T)$ oder $(\cdot, \cdot)$ sein kann. Die Rationalität der Ökonomen wird so zur Rationalität ihres Untersuchungsgegenstands gemacht.[7] Ihr Ratschlag zur Verhaltenssteuerung des Wirtsorganismus Mensch wird dann nur

6 Binmore 2016, der sich allerdings der transzendenten Bedenklichkeit des Vorgangs bewusst ist.

7 Der Nutzen des Totseins ist vom Nutzen im Leben zu unterscheiden, den das künftige Totsein für die Erinnerungskultur mit sich bringt. Exemplarisch dafür ist Canofari et al. 2017: Der Nutzen der eigenen Grabstätte fließt ins intertemporale Nutzenkalkül der Lebenden aufgrund zweier im *Diesseits* wirkender Mechanismen ein: Erstens: Lebende ziehen aus der Antizipation, dass man sich an sie erinnern wird, schon zu Lebzeiten einen Nutzen, und eine Grabstätte trägt dazu bei, dass die Nachwelt sich länger und besser an sie erinnert. Zweitens: Bei Altruismus gegenüber der nachfolgenden Generation ist die Investition in die eigene Grabstätte rationaler Teil der Hinterlassenschaft, wenn den Nachkommen Erinnerung einen Nutzen stiftet.

durch Zufall weise. Es lohnt sich, die Verfänglichkeit der Normierung des Nutzens näher zu betrachten.

Die Verfänglichkeit der Normierung

Trotz amtlich und sterbeurkundlich zertifizierbarem Ende des Daseins wird im *praktizierten* Utilitarismus implizit unterstellt, dass Wirtschaftssubjekte im Zustand des Totseins, T, einen Nutzen, T, haben, der einen konkreten Wert annimmt. Solche Modellannahmen zum Nutzen im Zustand des Totseins sind im Utilitarismus immer dann notwendig, wenn das Weiterleben von einer zur nächsten Periode riskant ist, wenn Überleben nur mit der Wahrscheinlichkeit $\pi < 1$ möglich ist und der Mensch mit der Wahrscheinlichkeit $1 - \pi$ die Folgeperiode nicht erlebt.[8]

In der ökonomischen Formulierung des Periodenerwartungsnutzens, also des Nutzens unter Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeit des Erlebensfalls, wird der Nutzen/Schaden des Nichterlebensfalls unterschlagen. Der Erwartungsnutzen der Folgeperiode ist lediglich der im Überlebensfall:

$$EU = \pi \cdot L' \qquad (1)$$

mit L' als Konsumnutzen der Folgeperiode im Überlebensfall. Im Fall des Nichtüberlebens ist in dieser Modellierung der Nutzen in der Folgeperiode auf null normiert.[9] Diese Normierung setzt aber voraus, dass ein Nutzen im Zustand des Totseins nicht nur existiert, sondern sich qualitativ durch nichts von dem im Leben unterscheidet.[10] Mit dieser Normierung wird der Freiheitsgrad ausgenutzt, den der in der Ökonomik gebräuchliche VNM-Erwartungsnutzen bei Entscheidungen unter Risiko (hier des Erlebensrisikos) bietet.[11] Umrechnungen durch

---

8 Im Folgenden symbolisiert der Einfachheit halber der Zustand des Lebens, L, auch seinen Nutzen, Sterben als Ereignis, S, auch seinen Nutzen/Schaden, wie der Zustand des Totseins, T, auch seinen Nutzen/Schaden symbolisiert.

9 Zum Beispiel in De la Croix et al. 2012.

10 Mit anderen Worten, Nutzen im und nach dem Leben müssen dieselbe Kategorie sein, so, wie wenn es im Leben Birnen zu essen gäbe und danach keine.

11 Die Von-Neumann-Morgenstern-Erwartungsnutzenfunktion (VNM) operationalisiert eine risikobehaftete Welt als Lotterie, die dem rational Handelnden

Normierung sind in der VNM-Nutzenfunktion ohne Informationsverlust genauso möglich wie die Umrechnung der Temperatur von Grad Celsius in Kelvin.

Der Erwartungsnutzen (1) ist aber lediglich ein Spezialfall des allgemeineren Modells:

$$EV = \pi \cdot L + (1 - \pi) \cdot T \tag{2}$$

mit L als Periodennutzen für den Fall, dass man den Nutzen erlebt, und dem Periodenwert des Totseins, T, der positiv, null oder negativ sein kann.[12]

Die versteckte Modellierung des Totseins, T, auch in Formel (1) als ein (mentaler) Zustand mit einem Nutzen/Schaden für das Individuum, wird ersichtlich, wenn die Formel (2) in die speziellere Formel (1) umformuliert wird durch die Normierung $L' \equiv L - T$, sodass

$$EU \equiv \pi \cdot [L - T] + (1 - \pi) \cdot [T - T] = \pi \cdot L' \tag{3}$$

wodurch ein positiver oder negativer Periodenwert des Totseins, T, auf null normiert wird. Diese allein durch die Normierung auf (1) verkürzbare Formulierung ändert aber nichts an der impliziten Unterstellung der Erwartungsnutzenformel, dass das Individuum dem Zustand des Totseins einen Nutzen, positiv, null oder negativ, beimisst.

Normierungen wie in (1) sind unproblematisch, wenn der Wert, mit dem normiert wird, hier T, ein exogener Parameter ist. Dann ist das Verschwindenlassen dieses Zustands aus der VNM-Nutzenfunktion, wie durch (3), ohne Einfluss auf das Entscheidungsproblem der untersuchten Agency. Wenn aber, emisch, Totsein eine Variable für die Agency ist, muss der verhaltensabhängige, kontingente Wert T, mit dem normiert wird, genauer spezifiziert werden, und nur *dieser* kontingente Wert verschwindet durch Normierung aus der VNM-Nutzenfunktion.

Ein Beispiel ist die abrahamitische Agency, die emisch zwischen Himmel und Hölle unterscheidet und das Hineingelangen in das eine oder andere als abhängig von der Lebensweise unterstellt. Die Normierung des pauschalen Totseins auf null ist dann zu ungenau, es braucht

---

zum Kauf angeboten wird. Sein unter Berücksichtigung der Eintretenswahrscheinlichkeiten kalkuliertes Kaufangebot ist sein VNM-Erwartungsnutzen.

12 Felder 2016.

die Skalierung mit dem Nutzen im Himmel, $\overline{T}$, oder Schaden in der Hölle, $\underline{T}$. Wenn sich Nutzen in Himmel und Hölle aber unterscheiden, bleibt der kontingente Nutzen im Jenseits, mit dem gerade *nicht* normiert worden ist, in der abrahamitischen VNM-Nutzenfunktion erhalten. Das emische Jenseits bleibt so im Diesseits handlungsrelevant. Eine habituelle Normierung wie in (1) verfälscht die abrahamitische Agency. Utilitaristischer Pandemieschutz kann kontraproduktiv werden. Selbstverständlich ist das kein Spezifikum der abrahamitischen Agency, sondern gilt immer dann, wenn die Annuität nach dem Leben keine Exogene ist.

Dies muss bei der Normierung beachtet werden. Andernfalls droht die Verfälschung des emischen Entscheidungsproblems. Die orthodoxe Ökonomik mit ihrem ausschließlichen Fokus auf kontingente Zustände *im* Leben als offene Menge macht sich potenziell dieser Verfälschung schuldig, was in Entscheidungssituationen, in denen Sterben als Übergang in den Zustand des Totseins handlungsrelevant wird, zur Tatsache wird. Eine Pandemie gehört in einer nicht 100-prozentig atheistischen Wirtspopulation dazu. Die habituelle Normierung im Utilitarismus ist im Fall von Mensch zu Mensch übertragbaren, potenziell letalen Infektionskrankheiten verfänglich.

Dieses analytische Erblinden kann, muss aber nicht einem etischen Atheismus der Modellierer entspringen, den sie dann auch noch ihrem Untersuchungsgegenstand andichten. Es kann auch der Kant'schen epistemologischen Überzeugung entstammen, dass alles Transzendentale aus der Wissenschaft fernzuhalten ist, was spätestens dann zum Problem wird, wenn der Wirtsorganismus selbst transzendent denkt und handelt. Das Erblinden kann aber auch der praktischen Überlegung geschuldet sein, alles Transzendente sei für die Beantwortung der gestellten Forschungsfrage selbstredend irrelevant. Dies mag in vielen Fällen unverfänglich sein, nicht aber im Fall der Analyse einer Pandemie mit soziokultureller Diversität des Wirtsorganismus. Für die wird es problematisch. Ethnische Diversität zum Beispiel geht mit thanatologischer Diversität einher, das heißt, je gemischter die Wirtspopulation ist, umso weniger können die in ihr vorhandenen Vorstellungen zu Sterben und Tod pandemiepolitisch über einen Kamm geschert werden. Ihre Gewohnheit der Normierung ist deshalb keine Belanglosigkeit, sondern rückt die orthodoxe Ökonomik an die naturwissenschaftliche Epidemiologie heran, so als ob der Wirtsorganismus Mensch eine beliebige Spezies wäre.

Die Doppelnull von Sterben und Tod

Die Normierung auf (1) (S. 65) killt Sterben und Tod analytisch mit einer Dublette: Denn eine noch allgemeinere Formulierung des Periodenerwartungsnutzens des sterblichen Daseins als (2) (S. 66), ist

$$EV_t \equiv p_t \cdot \{\pi \cdot (L - X) + (1 - \pi) \cdot (S - X)\} + (1 - p_t) \cdot (T - X) \quad (4)$$

EV_t ist der Erwartungsnutzen des sterblichen Daseins, bevor der Lebenswürfel π in Periode t geworfen worden ist. X ist der Nutzen eines kontingenten Ereignisses oder Zustands im sterblichen Dasein, dessen Funktionswert zur Normierung der Nutzenfunktion EV_t dient. Die Wahrscheinlichkeit, dass das sterbliche Dasein bis zum Ende der Periode $t-1$ andauert, also dass der Lebenswürfel in t überhaupt noch einmal geworfen wird, ist p_t. Bei einem konstanten Periodenrisiko π gilt $p_t = \pi^{t-1}$. Der erste Term auf der rechten Seite der Gleichung ist deshalb der Erwartungswert des Nutzens, das Ende der Periode t zu erleben. Der zweite Term ist der Erwartungsnutzen, bis t zu leben, in dieser Periode aber die Sterbeerfahrung S zu machen. Die Summe beider Terme in der geschwungenen Klammer ist deshalb der Erwartungsnutzen der Periode t unter der Bedingung, bis t gelebt zu haben. Der dritte Term rechts ist der Periodennutzen/-schaden in t, wenn man in t bereits tot angekommen ist.

X kann drei Werte annehmen. $X \equiv L$, wodurch in der Nutzenfunktion (4) der Periodennutzen von L auf null normiert wird. $X \equiv S$ normiert den Nutzen/Schaden des Einmalereignisses S auf null. Und für $X \equiv T$ ist der Periodennutzen/-schaden des Totseins auf null normiert.

Der Periodennutzen (4) schließt den (möglichen) imaginierten transzendenten Periodennutzen/-schaden im kontingenten Zustand des Totseins, T, mit ein. Dieser transzendente Nutzen/Schaden im Tod als Zustand hängt von der Thanatologie des sterblichen Daseins ab. Sein Wert mag von einer abrahamitischen Religion, vom Atheismus oder einer östlichen Philosophie bestimmt sein.

Der in der orthodoxen Ökonomik *praktizierte* Utilitarismus unterstellt einfach

$$X \equiv S \equiv T \quad (5)$$

sodass gilt:

$$EU_t = p_t \cdot \pi \cdot (L - X) = \pi^t \cdot L' \tag{6}$$

Dies ist das vom Lebensanfang her betrachtete Äquivalent zum Periodenerwartungsnutzen (1) (S. 65). Der Erwartungsnutzen wird vollständig durch das Leben als Zustand bestimmt. Sterben und Tod sind als normierte Doppelnull aus der Bewertung des sterblichen Daseins verschwunden.

Normierung (5) dampft das kulturelle Substrat (S, T) auf $(\cdot, \cdot)$ ein. Der Ökonom und Philosoph Birger Priddat beschreibt den Zustand der westlichen Gesellschaft so: »[D]en Tod ignorierend will man das Leben maximieren (aus der – wiederum anderen – Sorge, sonst nichts zu haben).«[13] In der von Priddat genannten Sorge schwingt zum einen die Tabuisierung des Sterbens mit, zum anderen die atheistische Idee des absoluten Nichts danach. Beides zusammen hat als unausweichliche Folge, dass Handlungen des Wirtsorganismus ausschließlich auf das noch geführte Leben abzielen. Eine Diagnose, die in Normierung (5) formalisiert ist.

Wenig sonst, außer dass der Mensch so sei, lässt sich zugunsten der Normierung (5) vorbringen. Für einen so definierten Wirtsorganismus einer Pandemie ist Sterben, selbst als individuelles Ereignis, handlungsirrelevant. Dagegen bleibt die für das epidemische Geschehen wichtige, aus unterschiedlichen Einstellungen zu Sterben und Tod resultierende Diversität im Verhalten des Wirtsorganismus außerhalb des Blickfelds. Die im Sinne einer rationalen Pandemiepolitik relevanten Übergänge vom Leben zum Sterben zum Tod sind als utilitaristische Nichtereignisse ohne Bedeutung. Das ergibt sich aus der philosophischen Verkürzung *des* sterblichen Daseins *auf* das materielle Dasein, das heißt auf die darin enthaltene absolute Diesseitsorientierung als vermeintlich einzige relevante Werthaltung selbst in einer lebensbedrohlichen Krise.

Hinzu kommt, dass die Normierung (5) epistemologisch unhaltbar ist, weil dazu nämlich unterstellt werden muss, dass es zwischen S und T für den Periodennutzen keinen Unterschied gibt. Dies bleibt eine reine Unterstellung ohne transzendentale Begründ*barkeit*. Die meisten Ökonomen dürften darin einig sein, dass S einen Schaden *oder* einen Nutzen im Vergleich zu L schafft – einen Schaden fast immer und einen Nutzen manchmal, dann, wenn das Leben unerträglich (geworden) ist (»Er durfte gehen!«). Auch dürften manche Ökonomen darin

13 Priddat 2021, S. 11.

einig sein, dass S *im Prinzip* empirisch bestimmbar ist[14] und somit ins diesseitsorientierte wissenschaftliche Interesse rücken kann, aber sie werden zugleich bezweifeln, dass das auch für den Nutzen/Schaden von T gilt. Trotzdem wird im *praktizierten* Utilitarismus $S \equiv T$ gesetzt, mithin ohne Begründung und in der Kant'schen Überzeugung, dass die Gleichsetzung nicht transzendental begründbar ist. Der *praktizierte* Utilitarismus ist damit keine thanatologisch wertfreie normative Theorie, sondern eine Thanatoideologie.

In allem, was das Sterben betrifft, ist der *praktizierte* Utilitarismus Nehmer und Wächter des *Mort interdite*. Und in allem, was das Totsein betrifft, ist er etisch am Atheismus ausgerichtet. In ihrer angenommenen Rolle als Tabunehmerin und Tabuwächterin konnte die orthodoxe Ökonomik wenig zur Rationalisierung der C19-Politik beitragen.

Deprivationismus

Sterben und Tod bleiben trotz gewahrtem Tabu im *praktizierten* Utilitarismus aber immer noch versteckt präsent – und zwar wie eine angehaltene Uhr, die aber noch weiterticken könnte. Dahinter steckt der sogenannte Deprivationismus: eine Philosophie, die die Frage stellt, ob der durch Sterben verursachte Tod ein Schaden am Leben ist. Deprivationisten reiben sich an der kapiteleinleitend zitierten Aussage des griechischen Philosophen Epikur, wonach der Tod in einem gelungenen Leben ohne Bedeutung bleibt.

Die Frage F_1:

Ist der Tod ein Schaden für jene, die sterben?

auf die Epikur die zitierte Antwort gab, stieß in den 1970er-Jahren auf erneutes Interesse. So auch beim Philosophen Thomas Nagel, der Epikur widersprechend postulierte, der Tod sei ein Schaden.[15] F_1 lässt sich zu Frage F_2 präzisieren:

---

14 Zum Beispiel durch die Analyse von Nahtoderfahrungen (Barberia et al. 2018).

15 Nagel 1970. Gamlund und Solberg 2019 geben den aktuellen Stand der Debatte und diskutieren deren ethische Implikationen für Gesundheitspolitik und -praxis.

Ist der eigene Tod als Zustand, T, ein Schaden im Zustand des Lebens, L, für jene, die wissen oder glauben, dass sie in jeder Periode ihres Lebens, L, mit Wahrscheinlichkeit $1 - \pi$ *den Tod als Ereignis, S, erfahren werden?*

In Frage F_2 wird folgende philosophische Grundposition deutlich:

i. Es geht nicht um den Schaden, den Dritte erleiden, wenn ein Mensch stirbt, sondern nur um den Schaden des Sterblichen selbst durch die Kontingenz T. Was Altruismus nicht ausschließt, aber jeden gesellschaftlichen Schaden, der nicht dem methodischen Individualismus entspringt.
ii. Ein Schaden durch T ist ein antizipierter, er entsteht *vor* T und S im Leben als Zustand, L. F_2 beschränkt sich deshalb auf eine Spezies *(Homo sapiens)*, die eine *Idee von der eigenen* Sterblichkeit, S, hat.
iii. S ist ursächlich für T und deshalb, soweit beeinflussbar, instrumentell für das sterbliche Dasein. Ein Schaden aus T lässt sich nur durch Manipulation von S in L verringern, also durch eine passende Lebensführung.[16]

Der Vorteil dieser Präzisierung auf F_2 sei an einer Passage aus Thomas Nagels Abhandlung *Death* erläutert. Sie gilt als Widerlegung eines Gedankenexperiments des römischen Philosophen Lukrez, der damit Epikurs These zu stützen versuchte:[17]

> »He [Lucretius] observed that no one finds it disturbing to contemplate the eternity preceding his own birth, and he took this to show that it must be irrational to fear death (T) since death (T) is simply the mirror image of the prior abyss. That is not true, however, and the difference between the two explains why it is reasonable to regard them differently. It is true that both the time before a man's birth and the time after his death (S) are times when he does not exist. But the time after his death (S) is time (T) of which his death (S) deprives him. It is time (T) in which, had he not died (S) then, he would be alive (L). Therefore, any death (S) entails the loss of some [sic!] life that its victim would have led (L) had he not died at that or an earlier

---

16 Die Positionen i–iii sind die philosophische Grundlage für die ökonomische Behandlung von Gesundheit als Kapital (Grossman 1972).

17 Nagel 1970, hier S. 78 f. Die in Klammern gesetzten Verweise sind von mir.

point (S). We know perfectly well what it would be for him to have had it (L) instead of losing it (S), and there is no difficulty of identifying the loser.«

Nach dieser Festlegung des Zusammenhangs zwischen L, Sund T für den identifizierbaren Geschädigten, den Inhaber von L, postuliert Nagel die folgende Asymmetrie zum Zustand in der pränatalen Zeit (P) vor dem Ereignis der Geburt (G):[18]

»But we cannot say that the time (P) prior to a man's birth (G) is time in which he would have lived (L) had he been born not then (G) but earlier. For … anyone born substantially earlier than he was (G) would have been someone else. Therefore, the time (P) prior to his birth (G) is not time in which his subsequent birth prevents him from living (L). His birth (G), when it occurs, does not entail the loss to him of any life (L) whatever.«

Die Argumentationskette ist: Epikur sagt: T ist irrelevant für L!, wofür Lukrez die Begründung liefert mit der Aussage: P ist irrelevant für L! Und diese Begründung sucht Nagel mit seinem Asymmetriegegenargument zu untergraben, das er jedoch stützt auf zwei unausgesprochene Annahmen zu L:

1) *Identität des Lebens* L: Die Identität von L ist durch die idiosynkratische Bewertungsfunktion, $V(\cdot)$, des Lebens definiert, die durch die Geburt, G, konstituiert wird und für alle Ewigkeit, auch jenseits S, Bestand hat.
2) *Wert des Lebens* L: Für die Dauer des Bestands der Bewertungsfunktion $V(\cdot)$, aber nur für diese Dauer, lassen sich Nutzen und Schäden von Kontingenzen für L bewerten.

Mit 1) setzt Nagel

$$L{=}L(G){\equiv}V^{G}(\cdot) \tag{7}$$

18 Es wird hier von der ethisch wichtigen Frage abstrahiert, ob der Beginn von L ein Zeitpunkt zwischen Befruchtung und Geburt ist, wodurch P nicht erst mit G enden und L vor G beginnen würde.

mit $V^G(\cdot)$ als eine Abbildung aus der Menge aller möglichen Geburtszeitpunkte, $\boldsymbol{G}$, in die Menge aller möglichen Nutzenfunktionen, $\boldsymbol{V}(\cdot)$. Damit bestimmt G die Identität des Individuums abschließend, der S nichts mehr anhaben kann.[19]

Die Abhängigkeit der Identität (der Nutzenfunktion) von G lässt sich plausibilisieren. Wenn ich statt im Jahr 1955, G_1, 20 Jahre früher geboren und damit als Kriegskind aufgewachsen wäre, G_2, hätte die erlebte Not mir eine andere Einstellung $V^{G_2}(\cdot)$ zum Konsumieren gegeben als die, die ich als Wirtschaftswunderkind tatsächlich entwickelt habe, $V^{G_1}(\cdot)$. Dieser Einfluss von G auf die menschlichen Präferenzen ist gemeint, wenn heute zwischen den Generationen X, Y und Z unterschieden wird. Es sind dies die idiosynkratischen Präferenzen, die geprägt sind durch das im Verlauf des Lebens – insbesondere in frühester und früher Jugend – Erlebte und die von potenziell dauerhaftem Bestand sind für ein ganzes Menschenleben. Gary Beckers Modellierung von Traditionen, Gewohnheiten und Sucht stützt sich auf diese präferenzbildende Wirkung von gemachten Erfahrungen: Präferenzen,

19 Nagels Identitätskonzept ist damit nicht numerische Identität, die nur sich selbst als Wahrheitsmacher hat, sondern Genidentität (Grygianiec 2016) mit einer zugrunde liegenden Eigenschaft, hier $V^G(\cdot)$, als Wahrheitsmacher. Nagels Identität ist zudem eine temporale dort, wo die Wahrheitsfrage eine Aussage zu ihrer Persistenz über eine Zeitspanne hinweg betrifft. Nagels Persistenzkonzept ist Persistenz durch Enduranz (Miller 2005): Identität ist endurant, weil $V^G(\cdot)$ als Ganzes, das heißt in all seinen Teilen, in jedem Augenblick der Zeitspanne vorhanden ist, in der sie existiert. Identität ist so als temporale Konstanz von Präferenzen über Handlungsalternativen definiert. Präferenzwechsel ist zugleich Identitätswechsel, und deshalb spricht Lukrez aus Nagels Sicht nicht über dieselbe Person, wenn er den Abgrund vor der Geburt mit dem nach dem Sterben vergleicht.

$V(\cdot)$, sind für ihn eine Funktion der individuellen Historie H.[20] Nagel nimmt Beckers (späteres) H durch das simplere G vorweg.

Weniger überzeugend ist jedoch die in 1) ebenfalls behauptete totale Unabhängigkeit von $V(\cdot)$ von S. Wenn Kriegskinderfahrungen, die ich als Wirtschaftswunderkind nie gemacht habe, mir eine andere aktuelle Identität gegeben hätten, warum kann dann die Antizipation einer Erfahrung, die ich machen würde, wenn ich wüsste, dass ich 20 Jahre länger lebe, unter keinen Umständen meine aktuelle Identität beeinflussen? Beispiel: Wenn ich mich bis heute im Alter von 67 Jahren von der Social-Media-Welt ferngehalten habe, weil ich glaube, dass meine sozialen Kontakte auch analog gepflegt werden können, bis ich mit etwa 83 sterben werde, wäre ich dessen weit weniger sicher, wenn ich wüsste, dass ich 103 werde. Nicht nur würde mein aktueller Social-Media-Konsum ein anderer sein, auch meine durch die sozialen Medien mitbeeinflusste aktuelle Identität wäre wahrscheinlich eine andere. Anderes Beispiel: Angenommen, ich wüsste, dass ich entgegen meiner tatsächlichen Überzeugung noch so lange leben würde, dass ich die Folgen des Treibhauseffekts am eigenen Leib zu spüren bekäme, wären meine aktuellen Präferenzen vielleicht andere. Es ist der Unterschied zwischen dem S der Greta-Thunberg-Generation und meinem S, der den aktuellen Präferenzunterschied mitverursacht. Wessen S dabei der Referenzpunkt ist, ist unerheblich, entscheidend sind die unterschiedlichen Perspektiven, die sich aus unterschiedlichen S ergeben. Greta hat eine andere aktuelle Identität als Ernst, weil sie eine andere Zukunft hat als Ernst. Wenn aktuelle Präferenzen grundsätzlich von vergangenen Erfahrungen abhängen (wie von Nagel und Becker behauptet), dann sollten sie grundsätzlich auch von künftigen Erfahrungen abhängen kön-

---

20 Becker 1992. Becker bricht damit mit der orthodoxen ökonomischen Epistemologie, die verlangt, dass Präferenzen unabhängig von Ereignissen sein müssen, ein Paradigma, das er selbst zuvor mitentwickelt hat (Stigler und Becker 1977). Dieses Identitätskonzept ist deckungsgleich mit Nagels Metaphysik der Identität. Beckers neues Paradigma unterscheidet sich vom orthodoxen in der Definition von Teilen des enduranten Ganzen: Teile müssen selbst nicht endurant sein, sondern können auch nur im Augenblick τ der Zeitspanne existieren, in der das Ganze existiert. Teil y ist dann τ_{weise} Teil des Ganzen x (Miller 2005). Ein Chamäleon und eine Verkehrsampel haben damit eine konstante Identität, selbst wenn sie die Farbe wechseln, so wie Beckers Konsument derselbe bleibt, wenn er eine Gewohnheit annimmt.

nen. Ein Erlebnis aus der Zukunft entfaltet dabei nicht zwingend dieselbe Wirkung auf die heutigen Präferenzen wie dasselbe in der Vergangenheit gemachte Erlebnis, aber es kann im Prinzip für Präferenzen genauso kausal sein, wie das vergangene Erlebnis kausal sein kann.

Diese Überlegungen legen nahe, dass die Ereignisse Geburt und Sterben hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Identität des Daseins kategorisch nicht so verschieden sind, wie es Nagel mit seiner Identitätsbedingung des Lebens unterstellt. Ich unterstelle deshalb für die nachfolgenden Überlegungen, dass die Identitätswirkung von G und S symmetrisch ist. *Beide* haben entweder Einfluss auf die Identität (aber nicht zwingend denselben), oder *beide* haben keinen Einfluss.

Wenn beide keinen Einfluss auf die Identität haben, gelten die Prämissen der ökonomischen Orthodoxie: Präferenzen sind exogen, und damit ist Nagels Identität intertemporal universell unveränderbar mit der exogenen Nutzenfunktion $\overline{V}$ verschmolzen. Verpasste Ereignisse durch späte Geburt und verpasste Ereignisse durch frühes Sterben wirken auf dieselbe Weise *in* der gegebenen Nutzenfunktion $\overline{V}$. Aber die Bewertungs*funktion* des aktuellen Lebens, L, als solche wird durch beide nicht beeinflusst, und es bereitet deshalb keine Schwierigkeit, den Gewinner oder Verlierer eines ausgebliebenen Ereignisses durch frühen Tod oder späte Geburt zu identifizieren.

Wenn hingegen beide, G und S, die Identität beeinflussen, gilt $L{=}L(G{,}S){\equiv}V^{G,S}(\cdot)$. Für die Nagel'sche Argumentation gilt dann dasselbe für T wie das von ihm für P Postulierte: So wie es sinnlos ist, die Wirkung einer früheren Geburt, G_2, auf das aktuelle Leben, L, zu bestimmen, weil es eine Identität $V^{G_2}(\cdot)$ statt $V^{G_1}(\cdot)$ wäre, so sinnlos ist es, die Wirkung eines späteren Todes, S_2, auf das aktuelle Leben zu bestimmen, weil es ebenfalls eine Identität $V^{S_2}(\cdot)$statt $V^{S_1}(\cdot)$ wäre. T hat in diesem Sinne die epikureische Irrelevanz für das Leben, L, wie P die lukrezianische Irrelevanz für L hat.[21]

Es wird nun klar, dass Nagels Asymmetrie auf einem impliziten Wechsel seiner Paradigmatik bei seiner Unterscheidung zwischen T

21 Der Mystiker Angelus Silesius postuliert mit »wenn ich gewesen bin, dann kann ich wieder hin, wo ich in Ewigkeit vor mir gewesen bin« eine Symmetrie des Daseins, das »vorne heraus« und »hinten hinaus« das Leben, L, gleichermaßen umschließt und dessen Identität Erfahrungen »vorne heraus« und »hinten hinaus« nichts anhaben können. In diesem Dasein verschmelzen P, L und T zu einem enduranten Ganzen, und Frage F_2 wird obsolet.

und P beruht. T betrachtet er durch die paradigmatische Brille der ökonomischen Orthodoxie: T ist für ihn wie ein Argument in der Nutzenfunktion, das den Funktions*wert* $V^G(\cdot)$, aber nicht die Funktion V selbst bestimmt. P wird von ihm hingegen durch die Brille des soziologischen Strukturalismus[22] betrachtet: Die idiosynkratischen Gegebenheiten von Geburt (und Kinderstube) legen die Identität des Menschen fest (oder beeinflussen sie maßgeblich), $L \equiv V^G(\cdot)$.

Obwohl er heute als Stütze des Deprivationismus an Bedeutung verloren hat,[23] legt der lukrezianische Vergleich die oben beschriebenen versteckten Annahmen in der Nagel'schen These des Schadens von T an L offen. Dies betrifft insbesondere die Übernahme der orthodoxen ökonomischen Paradigmatik der Exogenität der Präferenzen von Erfahrungen. Es stellt sich nämlich die Frage, was genau T in L bewirkt, wenn nicht eine andere Nutzen*funktion*, $V^{S_2}(\cdot)$statt $V^{S_1}(\cdot)$. Für Nagel und seine Anhänger, die sogenannten Deprivationisten, ist T der durch S ausgelöste Verlust an all dem, was ohne S hätte gelebt werden können. Genau diese antizipierte Deprivation fließt ins ökonomische Erwartungsnutzenkalkül ein: Durch S kann ein sonst später anfallender Nutzen nicht mehr erlangt werden, und in diesem Sinne ist T ein Schaden an L. Der Wert des sterblichen Daseins mit Periodennutzen L und Sterberisiko π ist

22 Bourdieu 1974, Bourdieu 1982.

23 Heute hat die Ablehnung von Epikurs These in der philosophischen Diskussion zwar die Oberhand erlangt, aber aus anderen Gründen als dem Nagel'schen Asymmetrieargument (Solberg 2019). Ein weiterer, von Solberg nicht aufgeführter Grund ist der: Die Unabhängigkeit der korrekten Antwort auf F_2 vom Zusammenhang zwischen dem Leben, L, und dem pränatalen Zustand, P, wird deutlich, wenn man Nagels Argument am fiktiven ersten Menschen mit einem Bewusstsein seiner Sterblichkeit durchspielt. Im frühesten Zeitpunkt eines solchen Menschseins gibt es kein G, das noch früher hätte sein können, aber dieser erste Mensch hätte gewiss auch noch länger als bis S leben können. Die Irrelevanz oder Relevanz von T für den ersten Menschen kann deshalb nicht von P oder G abhängen, sondern muss sich aus den Eigenschaften von L und T allein ergeben. Was aber für den ersten Menschen mit einem Verständnis seiner eigenen Sterblichkeit gilt, muss nachfolgend auch für alle weiteren Menschen und ihr Nachleben gelten, andernfalls könnte man nicht sinnvoll vom ersten Menschen als sterblichem Dasein sprechen.

$$EU\left(L,\pi\right)\equiv\sum_{t=1}^{\infty}EU_{t}\left(L\right)=\frac{1}{1-\pi}\cdot L \quad (8)$$

Das Leben nimmt Schaden durch das Sterben, S, das mit der Wahrscheinlichkeit $1-\pi$ in jeder Periode eintreten kann und einen andernfalls unendlich großen Wert des Lebens nur endlich werden lässt.

Dieser im Erwartungsnutzenkalkül versteckte Schaden am Leben durch den Tod ist allein der Imagination des sterblichen Daseins geschuldet. Ohne Imagination der eigenen Sterblichkeit kein Schaden am Leben! Die von Nagel gegründete Schule des Deprivationismus baut damit auf die *Idee des imaginierenden Menschen*[24] und dessen mentale Fähigkeit, die Zukunft mit der Gegenwart zu verknüpfen.

Dieser erwartete Schaden am Leben, L, durch die durch T bedingte erwartete Deprivation, $EU(T,\pi)$, ist

$$EU\left(T,\pi\right)\equiv\lim_{\pi\to\overline{\pi}}EU\left(L,\pi\right)-EU\left(L,\pi\right) \quad (9)$$

Die maximal mögliche Überlebenswahrscheinlichkeit, $\overline{\pi}$, mit $0<\pi\leq\overline{\pi}\leq 1$, bestimmt den Maximalwert des sterblichen Daseins mit der Annuität L. Von ihm ist der durch die tatsächliche Überlebenswahrscheinlichkeit π bestimmte tatsächliche Wert des Lebens abzuziehen. Die Differenz ist der Schaden der Sterblichkeit am Leben. Sie ist die erwartete Deprivation durch das Risiko des verkürzten Lebens.

Die maximale Überlebenswahrscheinlichkeit $\overline{\pi}$ ist ein imaginierter Vergleichsfall. Für $\overline{\pi}=1$ ist er die robuste Unsterblichkeit (vgl. Kapitel 2). Dann ist der erste Term rechts in (9) unendlich, und damit ist die durch die Überlebenswahrscheinlichkeit $\pi<\overline{\pi}$ verursachte Deprivation ebenso unendlich, selbst wenn die tatsächliche Sterbewahrscheinlichkeit noch so klein sein mag. Für $\pi<\overline{\pi}<1$ ist die Deprivation positiv und endlich. Dann gilt $\partial EU(T,\pi)/\partial\pi<0$, das heißt eine Erhöhung der Sterbewahrscheinlichkeit (Verkleinerung von π) ist ein Schaden am Leben.[25]

Der imaginierte Grenzfall in (9) der approximativen Unsterblichkeit, $\pi\to\overline{\pi}=1$, macht der These der Unsterblichkeitsskeptiker, nach der der Schaden der Unsterblichkeit größer ist als jener der Sterblichkeit, den

24 Künzel und Priddat 2021.

25 Umgekehrt ist der in der Gesundheitsökonomik gebräuchliche *Wert des statistischen Lebens* der Grenznutzen einer marginalen Verringerung der statistischen Sterblichkeit.

Garaus: Weil nichts größer sein kann als der unendlich große Gesamtnutzen einer (mit einer unendlichen Abfolge konstanter Periodennutzen deshalb auch) robusten Unsterblichkeit, braucht man sich mit Kleinigkeiten wie deren Kosten erst gar nicht zu befassen. Der Deprivationismus unterschreibt Lemma 1 (S. 53): Das Projekt der approximativen Unsterblichkeit ist ein uneingeschränkt gutes. Lebensverlängerung ist deshalb wertvoll und der Deprivationismus die utilitaristische Philosophie von *Mort interdite*.

Die in der ökonomischen Orthodoxie wie auch im Deprivationismus unterstellte Persistenz der individuellen Identität ist in (9) durch die Identität der Nutzenfunktion $U(\cdot)$ in den zwei Termen rechts hergestellt: Die Imagination des Lebens in größtmöglicher Unverwüstlichkeit (erster Term rechts) wird vom sterblichen Dasein demselben Bewertungsschema unterworfen wie das tatsächlich zu führende Leben (zweiter Term rechts).[26] Der Deprivationismus und der in der Ökonomik *praktizierte* Utilitarismus sind zwei komplementäre Ausformungen ein und desselben normativen Paradigmas des sterblichen Daseins.

Deprivationsethik

Der Deprivationismus ist die utilitaristische Ethik von Tod und Sterben. Alles, was den zweiten Term rechts in Formel (9) (S. 77) größer macht, ist gut, alles, was ihn kleiner macht, ist schlecht. Eine Pandemie ist schlecht, wenn sie die Sterbewahrscheinlichkeit erhöht. Infektionsschutz ist gut, wenn er sie senkt.

Wann ist der schlechteste Zeitpunkt zu sterben? Für die Annuität L und die konstante Überlebenswahrscheinlichkeit π beginnt das Leben des sterblichen Daseins jedes Mal von vorn, wenn es die neue Periode zu erleben beginnt. Jeder Sterbezeitpunkt führt zur selben Deprivation, und damit ist jeder Sterbezeitpunkt gleich schlecht. Die Deprivationsethik untersagt in diesem Fall die Bevorzugung bestimmter Alterskohorten im Pandemieschutz: Wie vor dem Gesetz sind alle Erkrankten auf der

26 Damit wird Heideggers Endlichkeit des Daseins als existenzielle Voraussetzung des Menschseins für $\pi \to \overline{\pi} = 1$ negiert. Die deprivationistische Enduranz der Identität des Schutzobjekts nimmt den Verlust des Heidegger'schen Menschlichen billigend in Kauf.

Intensivstation, bei der Triage, in Arztpraxen, Impfzentren, aber auch beim Infektionsschutz gleich zu behandeln.

Eine unterschiedliche Behandlung von Alterskohorten ist deprivationsethisch nur dann gerechtfertigt, wenn der Schaden am Leben unterschiedlich groß ist, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt gestorben wird. Im vorliegenden Modell ist das zum Beispiel der Fall, wenn L keine Annuität ist und der Periodennutzen im Alter abnimmt. Dann ist der durch den Unterschied zwischen $\overline{\pi}$ und π verursachte Unterschied im erwarteten Periodennutzen umso kleiner, je größer der Zeitindex der Periode ist. Alt zu sterben ist dann ein geringerer Schaden am Leben, weshalb es deprivationsethisch in der Triage gerechtfertigt ist, das jüngere Leben statt das ältere zu schützen. Folgt ab Geburt der Periodennutzen L dem Funktionsverlauf eines $\cap$, dann ist der Schaden am Leben derjenigen, die die Blüte des Lebens noch vor sich haben, größer als der Schaden derjenigen, die bereits auf die besten Jahre zurückblicken. Deprivationisten sind sich zwar uneinig in der Frage, ob der schlechteste Sterbezeitpunkt ungefähr die Geburt oder das Jugend- oder junge Erwachsenenalter ist. Es gibt aber keinen Dissens darüber, dass Sterben für den Methusalem weniger Schaden am Leben bedeutet als für das Kleinkind oder den jungen Erwachsenen. Der Deprivationismus legitimiert so die Priorisierung der Jungen gegenüber den Alten. Bei einer notwendigen Triage soll das noch freie Intensivbett *ceteris paribus* dem Jüngeren und nicht dem sehr Alten gegeben werden.

Der prioritäre Schutz von Senioren ist in der Deprivationsethik aber unter speziellen Voraussetzungen gerechtfertigt. Eine C19-bedingte größere Sterblichkeit der Älteren im Vergleich zu den Jüngeren war ein solcher Fall. Wenn die Sterblichkeit der Älteren pandemiebedingt zunimmt, wird der zweite Term rechts in (9) kleiner, und der Schaden, den das Leben an der Sterblichkeit nimmt, steigt. Dann hat *ceteris paribus* der Schutz der Älteren Priorität. Diese Prioritätensetzung wird aber durch ein maximal mögliches Lebensalter, $\overline{t}$, für das sehr alte Dasein relativiert. Die rechte Seite von (9) wird dann kurz vor $\overline{t}$ klein. Der Schutz des Methusalems hat in der Deprivationsethik stets die geringste Priorität.

Der Deprivationismus hat im Gesundheitssystem Spuren hinterlassen. Quality-Adjusted Live Years (QALY) ist zum Beispiel ein darauf aufbauendes Konzept zur Evaluation von Therapien. Es misst die Wirksamkeit einer Therapie an der Dauer und Güte des dazugewonnenen Lebens. Halb so lang und doppelt so gut gilt als gleich wirksam wie doppelt so lang und halb so gut. So können die knappen Mittel im Gesundheitssys-

tem effizient eingesetzt werden. Und so findet der Utilitarismus seinen Niederschlag im *Courant normal* der Gesundheitspolitik.[27]

Aber warum fand dann der Utilitarismus keine Berücksichtigung in der C19-Politik? Wo er doch ein so treuer Nehmer und Wächter des Tabus des *Mort interdite* ist. Und warum wurden Ökonomen so wenig gehört? Muss man zwischen Pandemiepolitik *für* und Pandemiepolitik *in* der Krise unterscheiden? Ist der Utilitarismus ungeeignet für die Pandemiepolitik *in* der Krise? Welche Rationalität ist *in* einer Pandemie angemessen? Damit sind die Themen von Teil 2 umrissen.

27 Insbesondere die Anwendung der Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitssystem nach Mishan 1971.

Teil 2: Pandemiepolitik

Kapitel 4: Pandemiepolitik für und in der Krise

»Wir werden in ein paar Monaten wahrscheinlich viel einander verzeihen müssen.«
Jens Spahn, 2020 (damals Bundesminister für Gesundheit)[1]

Vor und nach einer Krise dürfen die ethischen Abwägungen der zu treffenden pandemiepolitischen Maßnahmen komplex sein – sie müssen es sogar, wie zum Beispiel im Fall einer krisenbedingt notwendigen Regelung der Triage. Während der Pandemie operiert die Pandemiepolitik aber im Krisenmodus und muss sich für nicht vorhersehbare Herausforderungen auf eine klare, praktikable Krisenethik stützen können. Wie sich zeigen wird, ist der Utilitarismus als Richtschnur für eine praktikable Krisenethik zu komplex. Wird aber eine ethische Grundlage nicht im Vorhinein entwickelt, bleibt in der Krise nur der tumbe Reflex auf *Mort interdite*. Zur Pandemiepolitik vor und damit zwischen Pandemien gehören deshalb nicht nur technische und organisatorische Vorkehrungen, sondern auch Entscheidungen, die ethisches Handeln in der Pandemie erst möglich machen.

Die Mängel des Deprivationismus

Prioritäres Ziel der deutschen C19-Pandemiepolitik war die Verhinderung des schlechten Sterbens (*Mort-interdite-Zielfunktion 1 und 2*). Im Deprivationismus als Philosophie von *Mort interdite* fand diese Politik ihre Legitimation. Doch welche Angriffsfläche bietet der Deprivationismus

1 Bundesgesundheitsministerium 2020.

im Speziellen und der Utilitarismus im Allgemeinen als normativer Orientierungsrahmen für die Pandemiepolitik?

Die erste Kritik betrifft die Vernachlässigung all dessen, was ein gutes Leben ausmacht.

Kritik 1 – Diskriminierung des guten Lebens: Der Deprivationismus setzt die Lebenserhaltung der gesundheitlich Gefährdeten über alles andere. Wer deprivationistisch beurteilt, beurteilt utilitaristisch und müsste deshalb den Nutzen mit den gesellschaftlichen Gesamtkosten des Pandemieschutzes vergleichen und gegebenenfalls die Lebensverlängerung von Gefährdeten dem Hedonismus der Nichtgefährdeten opfern.

Der Deprivationismus berücksichtigt in *Ceteris-paribus*-Manier nur den Schaden am Leben, den die Sterblichkeit per se am Dasein verursacht, und lässt den Schaden, den Maßnahmen zum Lebensschutz verursachen, unberücksichtigt. Der Nutzen zum Beispiel eines Lockdowns in Form einer Abwendung des Sterbens (gemäß [9]) (S. 77) wird nicht verglichen mit dem durch den Lockdown selbst verursachten Schaden an der Freiheit im selben Leben. Da aber die Deprivationsethik die Unterscheidung zwischen dem *potenziell führbaren* und dem *tatsächlich zu führenden* Leben zur Richtschnur für normative Urteile macht, kann sie die unvermeidbaren Nebenwirkungen der Lebensverlängerung auf das tatsächlich geführte Leben nicht ignorieren. Sie sollte die durch Freiheitseinschränkung verursachten Kosten für eine Beurteilung der Pandemieschutzmaßnahmen auf dieselbe Stufe stellen wie die Risiken für Gesundheit und Langlebigkeit.

Der Deprivationismus und der Utilitarismus sind aus demselben normativen Holz des sterblichen Daseins geschnitzt, und dieses Paradigma zwingt zu einer gesamthaften Kosten-Nutzen-Rechnung in der Beurteilung von Pandemieschutzmaßnahmen: Ökonomische Kosten-Nutzen-Überlegungen sind deshalb kein unethischer Exzess im Ringen um die richtige Politik, sondern ihre ethische *Conditio sine qua non*. Wer deprivationistisch argumentiert, kann die ökonomische Kosten-Nutzen-Rechnung nicht zugleich für unethisch erklären.[2] Die lexiko-

2 Es geht bei dieser Kosten-Nutzen-Rechnung nicht nur um pekuniäre Kosten im Wirtschaftskreislauf, sondern ebenso um die psychischen und sozialen Kosten durch Vereinsamung, Entfremdung, Verlust an Lebensfreude sowie durch Vernachlässigung sozialpädagogischer Ziele im (digitalen) Distanzunterricht.

grafische Priorisierung von *Mort interdite* in der C19-Politik auf Kosten der individuellen Freiheit der Bewohner von Senioren- und Pflegeheimen ist ein Verstoß gegen das Gebot des Schutzes des Lebens als Ganzes. Der erste Kritikpunkt lautet also: Wer utilitaristisch A sagt, muss auch utilitaristisch B sagen. Dies gilt hier lediglich in Bezug auf ein und dasselbe Leben. Der Schaden an anderen Leben durch die Einschränkung der Freiheit Dritter ist hier noch nicht einmal eingerechnet.

In seiner ganzen utilitaristischen Konsequenz für Dritte liefert sich der Deprivationismus uneingeschränkt der Fundamentalkritik am Utilitarismus aus, die in der Deprivationsethik den Wolf im Schafspelz erkennt: Entweder wird der Deprivationismus mit allen ethischen Konsequenzen als Ganzes angenommen, oder er muss abgelehnt werden. Eine deprivationsethische Begründung des Intensivbettenmanagements für C19-Hochrisikogruppen muss nicht nur eine Abwägung gegenüber dem sonstigen intensivmedizinischen Bedarf für planbare Operationen (zum Beispiel von Krebspatienten) enthalten, sondern auch gegenüber dem Schaden, den der Infektionsschutz dem ganz gewöhnlichen Leben zufügt. Das heißt: In letzter Konsequenz ist im Deprivationismus das Leben dem Vergnügen zu opfern. Wer das als unethisch betrachtet, der wird auch den Deprivationismus als eine Ethik der Lebensverlängerung ablehnen (müssen).

Die zweite Kritik betrifft die thanatologische Diversität der Gesellschaft.

Kritik 2 – Diskriminierung der Religiosität: Die totale Diesseitsorientierung des Deprivationismus birgt das Risiko der Diskriminierung von Menschen mit einem Glauben an ein Jenseits.

Der Deprivationismus negiert jegliche transzendente Imagination des sterblichen Daseins. In guter erkenntnistheoretischer (transzendentaler) Tradition wird von allem abstrahiert, über dessen Existenz keine A-priori-Erkenntnis zu gewinnen ist. Der transzendente *Glaube* des sterblichen Daseins an ein Dasein T nach dem Sterben, S, wird aus der normativen Beurteilung kategorisch verbannt: Die Zeit nach dem diesseitigen Leben birgt als einziges Potenzial das des verpassten diesseitigen Lebens.

Selbst wenn die ganze Bevölkerung an ein Leben nach dem Tod wie im Paradies glauben sollte, müsste in der Deprivationsethik das Sterben als Tor ins Paradies mit allen gebotenen Mitteln hinausgezögert

werden.[3] Demnach wäre also für alle, die ein paradiesisches jenseitiges Sein imaginieren, die *Mort-interdite*-Pandemiepolitik im besten Fall überflüssig und käme im schlimmsten Fall einem gezielten Glücksentzug gleich,[4] dem nur durch eine Patientenverfügung zu entgehen wäre. Aber in dem Ausmaß, wie sich die Pandemiepolitik auf dieses Patientenrecht stützen würde, unterstellte sie der Bevölkerung eine Fähigkeit zur schnellen Reaktion in Krisenzeiten, die sie selbst in der C19-Pandemie nicht aufweisen konnte. Wenn ethische Positionen den Menschen keine Fähigkeiten unterstellen dürfen, die sie wahrscheinlich nicht haben, bleibt Deprivationisten deshalb nur das meritorische Argument, wider die »Unvernunft« des Volkes handeln zu müssen, wie dies zum Beispiel der Suchtprävention zugrunde liegt.

Der Deprivationismus setzt sich trotz seines Bekenntnisses zum methodischen Individualismus der gesammelten Kritik aus, die gegen Meritorik im Allgemeinen vorgebracht werden kann. Dieser Einwand ist aber nur schlagend, wenn agnostisch die Möglichkeit einer emisch transzendenten Imagination zugelassen wird. Wer den Deprivationismus vertritt, bekennt sich deshalb implizit zum Atheismus und diskriminiert andere Thanatologien in der Pandemiepolitik.

Kritik 2 entfaltet auch eine epistemologische Schärfe. Die Wirkung der *eigenen* (emischen) Imagination des sterblichen Daseins auf das *eigene* Leben wird in der Deprivationsethik zwar zum Kriterium für normative Urteile erhoben, aber eine *fremde* (etische) Imagination ersetzt bei Bedarf die emische Imagination des sterblichen Daseins. Diese *fremde* Imagination ist die des wertenden Deprivationisten. Die kontingente Zukunft des sterblichen Daseins mag ein Jenseits (im Glauben) einschließen oder nicht, die transzendentale Epistemologie des Deprivationisten oktroyiert jedem sterblichen Dasein eine Imagination auf, so

3 Dies schließt ein Suizidverbot mit ein. Man beachte aber, dass auch die abrahamitischen Religionen ihre Heilsbotschaft mit einem Suizidverbot verknüpfen. Als »diesseitige« Erklärung für diese Inkonsistenz wird angeführt, dass es praktischerweise dabei helfe, der Religion (und ihrem Staat) ihre Humanressourcen nicht abhandenkommen zu lassen.

4 Im besten Fall ist das Glück im Jenseits unendlich und deshalb alles Irdische ohne Belang. Im schlimmsten Fall verkleinert das Hinauszögern des Sterbens wie in einer Investitionsrechnung das im Jenseits erfahrbare Glück und schadet im Lockdown ebenso dem diesseitigen Glück. Ein Suizidverbot der Religion macht die Freiheit des Sterbens krankheitshalber umso wertvoller.

als ob alle Atheisten wären. Aus diesem Grund kann die Deprivationsethik keine universale Gültigkeit beanspruchen.[5] Der logische Widerspruch im ethischen Argument besteht im Wechsel von einer emischen zu einer etischen Argumentation, sobald der Deprivationist eine Diskrepanz zwischen seiner eigenen etischen und der emischen Jenseitsimagination seines Untersuchungsgegenstands feststellt. Der Deprivationist ähnelt demjenigen »[who] cannot escape the problem of Everbetter wine by scolding the connoisseur for believing that he has an infinite future«[6]. Die emische Imagination des sterblichen Daseins ist für die ethische Beurteilung der Pandemiepolitik genauso relevant, wie sie es im Zusammenhang mit der Legalisierung der Sterbehilfe war.

Die dritte Kritik betrifft die Uneingeschränktheit des Qualitätsaspekts in der Maßnahmenbeurteilung.

Kritik 3 – Diskriminierung Behinderter in der Triage: Der Deprivationismus berücksichtigt die Qualität der Lebensverlängerung und zwingt darüber zu interpersonellen Qualitätsvergleichen.

Der Wert einer lebensverlängernden Maßnahme ist im Deprivationismus der in der Folge gestiftete Nutzen, der nicht nur von der gewonnenen Lebenszeit, sondern auch von der dann erreichbaren Lebensqualität abhängt (QALY). Ausgehend von der Deprivationsethik muss eine Triage-Entscheidung deshalb auch die in und nach der Therapie erreichbare Lebensqualität als Faktor mitberücksichtigen. *Ceteris paribus* ist demnach in einer Triage jener Patient abzuweisen, der die geringere Lebensqualität zu erwarten hat. Eine Benachteiligung von Behinderten mit dem Argument der geringeren Lebensqualität im Vergleich zu Nichtbehinderten ist deshalb deprivationsethisch nicht ausgeschlossen.

Das Urteil des (deutschen) Bundesverfassungsgerichts vom 16. Dezember 2021 verlangt hingegen von der Triage, »dass allein nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit entschieden

---

5 Der menschenrechtsähnliche, universale Status des Schutzgutes Gesundheit, wie er von der WHO propagiert wird, lässt sich wegen der Religionsvielfalt ethisch nicht auf den Deprivationismus stützen.

6 Sorensen 2006, S. 223.

wird«[7], und erklärt in der Begründung die aktuelle Gesetzeslage für grundgesetzwidrig und die Empfehlungen der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) für zu ungenau. Es verbietet damit kategorisch die Anwendung von QALY-Gesichtspunkten in der Triage. Das Gericht erklärt damit implizit den Deprivationismus als im Widerspruch zum Grundgesetz stehend. Wer das Urteil nicht nur legalistisch, sondern ethisch akzeptiert, wird Zweifel an der generellen Brauchbarkeit des Deprivationismus als Wegleitung für die Pandemiepolitik hegen.

Die vierte Kritik betrifft den Konsequentialismus der Deprivationsethik.

Kritik 4 – Schädlichkeit aufgezwungener Rationalität: Im Deprivationismus ist das aufgezwungene Glück dasselbe wie das freiwillig gewählte Glück.

Dagegen kann argumentiert werden, dass nicht Schutzmaßnahmen per se eine Gefahr fürs individuelle Glück darstellen, sondern die vom Ordnungsrecht aufgezwungene Unmöglichkeit, das Richtige aus freien Stücken zu tun. Die individuelle Befolgung einer Impfpflicht leistet zum Beispiel denselben epidemiologischen Beitrag zum Schutz Dritter wie die freiwillige Impfung und ist insofern im Konsequentialismus des Deprivationismus gleich zu beurteilen. Aber die Befolgung der Impfpflicht führt zu keinem Eintrag ins Lebensbuch der guten Taten. Dasselbe gilt für verordnete Kontakt- oder Reisebeschränkungen. Dadurch entgeht allen eine willkommene Gelegenheit, Gutes tun wollend und Gutes tun können, Gutes zu tun. Unfreiheit gefährdet das gute Leben derer, denen mit der aufgezwungenen Lebensweise die Chance genommen wird, ihren altruistischen Beitrag zum Wohl Dritter nicht nur zu leisten, sondern ihn mit der richtigen *Einstellung* leisten zu können.

Man beachte den in dieser Argumentation vollzogenen grundlegenden Wechsel der Ethik. Der Deprivationismus ist eine rein konsequentialistische Ethik, die Taten nur nach ihren Konsequenzen beurteilt – eine Tat per se ist weder gut noch schlecht. Eine aufgezwungene gute Tat

7 BVerfG 2021. Das Gericht erwähnt in diesem Urteil auch, dass der Deutsche Ethikrat der Einladung des Gerichts zur Stellungnahme aus grundsätzlichen Erwägungen nicht gefolgt sei. Ob diese Erwägungen solche zur Rechtsfrage an sich oder zum zugrunde liegenden ethischen Problem waren, ließ es in der Urteilsbegründung offen.

bleibt genauso wertvoll wie die freiwillige gute Tat. Kritik 4 weist hingegen tugendethische Züge auf: Maßgeblich für die Bewertung einer Tat ist die Einstellung, mit der sie vollbracht wird. Nur die tugendethisch richtige Einstellung, mit der man die richtige Tat vollbringt, führt zum Ziel. Aber einer aufgezwungenen Tat kann überhaupt keine tugendethische Einstellung zugrunde liegen.[8] Hingegen können Taten aus freien Stücken in ganz unterschiedlichen Einstellungen vollbracht werden und ermöglichen es so dem sterblichen Dasein, sein Leben tugendethisch zu kuratieren. Dies sind emische Kosten einer mit Zwang operierenden Pandemiepolitik, die vom Deprivationismus ignoriert werden.

Diese vier Kritikpunkte am Deprivationismus sprechen gegen seine Eignung als ethischer Kompass für die Pandemiepolitik: Der erste Einwand (wer A sagt, muss auch B sagen!) spricht für die konsequente Verallgemeinerung hin zum Utilitarismus oder in deren Konsequenz wider den Utilitarismus als Ganzes. Die anderen drei Kritikpunkte betreffen den Utilitarismus in gleichem Maße wie den Deprivationismus im Speziellen.

Der Utilitarismus hat den unbestreitbaren Vorzug, in vielen Kontexten eine Abwägung von Für und Wider zu ermöglichen, aber er zwingt auch zur Abwägung: Nichts wird kategorisch von der Berücksichtigung bei der Entscheidungsfindung ausgeschlossen, was emisch Relevanz für Glück und Unglück des sterblichen Daseins hat. Der *praktizierte* Utilitarismus erliegt hingegen dem atheistischen Paradigma in seiner Verengung auf alles Irdische und blendet als Tabunehmer und Tabuwächter von *Mort interdite* die vielfältigen und interpersonell unterschiedlichen Wirkungen des Sterbens aus. In dieser Verengung bleibt er allerdings noch weit genug, das diesseitige Ideelle, zum Beispiel die Geborgenheit in der Familie, mitzuberücksichtigen.

Mit seiner Ergebnisoffenheit besitzt selbst der *praktizierte* Utilitarismus einen diskursethischen Vorzug vor dem engeren Deprivationismus und allen anderen Ethiken, die die Gesundheit kategorisch über alles andere stellen. Er lädt zu einem breiten gesellschaftlichen Diskurs über die Ausgestaltung der Pandemiepolitik ein.[9]

---

8 Allenfalls eine verzeihliche, zum Beispiel bei einer widerwillig unter Zwang vollbrachten Tat. Die Freiheitsliebe ist damit keine intrinsische, sondern eine instrumentelle Präferenz. Sie ist instrumentell für die Tugendfähigkeit.

9 Nur in seiner karikierenden Verengung auf das rein Materielle liefert der Utilitarismus jene Monsterethik, aus der in populärwissenschaftlichen Abhandlungen

Die hier vorgebrachten Vorbehalte gegen den Utilitarismus zeigen aber auch, dass er als »zweiarmiger Bandit« – auf der einen Seite und auf der anderen! – zu Urteilen führen kann, die dem Ethos ganzer Berufsgruppen (Mediziner) und der Verfassung zuwiderlaufen. Ob der Utilitarismus und sein thanatologischer Ableger, der Deprivationismus, zum ethischen Fundament der Pandemiepolitik gehören sollten, bleibt wie so viele Fragen zur ethischen Dimension staatlichen Handelns offen. Eines ist jedoch klar: Selbst dann, wenn sich die Pandemiepolitik auf den Utilitarismus stützen sollte, kann er nicht ihr einziges ethisches Fundament sein.

New-Age-Querdenkertum

Ein Beispiel für die Unzulänglichkeit des Utilitarismus *in* der Pandemie ist die »Querdenker«-Bewegung. Die in Kritik 4 monierten emischen Kosten einer mit Zwang operierenden Pandemiepolitik sind nicht auf die rigide abrahamitische Transzendenz beschränkt. *New Age*, das Sammelbecken von Lebensstilen aus einem Mix aus Esoterik, Jugendgegenkulturen, orientalischer Spiritualität, alternativen Therapien, einem unausgeprägten theoretischen und intellektuellen Profil und vollends fehlenden rigiden normativen Ethos[10], ist ein Milieu, in dem die richtige Einstellung der Schlüssel zum Glück wird. Varianten von Lockdown, 3G und Impfpflicht sind darin Hindernisse für das Leben mit der richtigen Einstellung.

»Querdenker«-Demonstrationen in der C19-Pandemie waren Ausfluss der mit diesen emischen Kosten einhergehenden Unzufriedenheit.

---

sodann die Forderung nach einem »neuen Denken« abgeleitet wird. Eine populärwissenschaftliche Ausnahme ist Noebel 2021. Dort wird ein logischer Widerspruch zwischen der Karikatur des Utilitarismus und der Forderung daraus nach einem »neuen Denken« offengelegt: Wenn der Mensch so sei wie in der Karikatur gezeichnet, sei die Forderung nach dem »neuen Denken« reines Wunschdenken, und wenn der Mensch das »neue Denken« schon in sich trage, brauche es keinen Ersatz für den Utilitarismus. Aber den Vorwurf muss sich die Volkswirtschafts*lehre* gefallen lassen, dass sie in der Breite ihrer Lehrbuchsammlungen und damit in der volkswirtschaftlichen Nachwuchsarbeit Verkürzungen des Utilitarismus (wie in der Verkürzung von [4] auf [1], [S. 68, 65]), Vorschub leistet.

10 Perniola 2007, S. 47.

Die Herausforderung für die Pandemiepolitik könnte nicht größer sein: Selbst ein allwissender wohlwollender Diktator, der konsequentialistisch zum Wohl des New-Age-Sammelbeckens diesem genau das aufzwänge, was in ihm freiwillig geschehen würde, ließe ihm nur Schlechtes widerfahren.

Kritik 4 am Utilitarismus ist im Umkehrschluss aber keine automatische Legitimierung des Querdenkertums. Sie ist lediglich Kritik am systematischen Ignorieren der tugendethischen Problematik des Law-and-Order-Instrumentenkastens. Die konsequentialistische C19-Politik rutschte in eine Ordnungsrechtsroutine hinein, die den Freiheitsgedanken nur noch als elitäres Lippenbekenntnis kannte und die rhetorische Ohnmacht des New-Age-Querdenkertums den öffentlich-rechtlichen Medien zur virtuos betriebenen Verhöhnung und moralischen Vernichtung auslieferte.

Pandemiepolitik *für* und *in* der Krise

Die Beurteilung einer Pandemiepolitik muss zwischen Politik *für* und Politik *in* der Krise unterscheiden. Politik *für* die Krise ist die Politik *vor* der Krise, dient also der Prophylaxe und der Stärkung des Gesundheitssystems für den Pandemiefall. Sie sollte aber auch den gesellschaftlichen Diskurs über die Einstellung zu Tod und Sterben, sprich: das kulturelle Substrat befördern, in das eine künftige Pandemie fallen wird und darin die Pandemiepolitik *in* der Krise bindet. Pandemiepolitik *für* die Krise ist deshalb auch eine Investition in die spätere Akzeptanz von Schutzmaßnahmen der Bevölkerung. Pandemiepolitk *in* der Krise ist die Politik in der Zeit zwischen Ausbruch der Pandemie und ihrem Übergang in die Endemie. Diese beiden Phasen der Pandemiepolitik müssen klar getrennt werden, weil die Anforderungen an sie und die, die sie zu verantworten haben, ganz unterschiedlich sind.

Im Vorfeld der C19-Pandemie war die Zeit der deutschen Pandemiepolitik *für* die Krise mindestens die Zeit zwischen dem 3. Januar 2013 (der Kenntnisnahme des RKI-Berichts über die Modi-SARS-Simulation durch den Deutschen Bundestag) und dem zehnten C19-Infizierten in Deutschland im Februar/März 2020. Die Phase der Pandemiepolitik *in* der Krise war die Zeit ab März 2020 bis zur schleichenden Kapitula-

tion der C19-Politik vor der wachsenden C19-Müdigkeit des Wirtsorganismus im Frühjahr/Sommer 2022.[11]

Pandemiepolitik *für* die Krise wird gemacht oder unterlassen. Pandemiepolitik *in* der Krise muss gemacht werden mit dem, was die Pandemiepolitik *für* die Krise dafür an rechtlichen Rahmenbedingungen, Sachinvestitionen und organisatorischen Vorkehrungen zur Verfügung gestellt hat. Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen können ein mit dem Datenschutz abgestimmtes, aktualisiertes Infektionsschutz- und Impfgesetz gehören und getestete Regeln für die föderale Aufgabenteilung; zu den Sachinvestitionen eine Notreserve von Infektionsschutzmitteln, der Ausbau der Intensivmedizinkapazitäten, die Digitalisierung des öffentlichen Sektors, ein zeitgemäßes Informations- und Alarmwesen. Organisatorisch gehört dazu die schlafende Aufbauorganisation nach dem Milizprinzip für den Krisenfall in der Exekutive und ihrem wissenschaftlichen Backoffice.

Die Pandemiepolitik *in* der Krise kann all das nicht oder kaum mehr leisten, was die Pandemiepolitik *für* die Krise ihr vorenthalten hat. Sie operiert im Krisenmodus und folgt nun einer Krisenethik, an die im Zitat vom Kapitelanfang appelliert wurde.

Ethik *für* die Pandemie: Zur Vorenthaltung der Intensivmedizin

Ein Beispiel für die Inkonsistenz der normativen Anforderungen an die Pandemiepolitik *vor* und *in* der Krise sind die Regeln für die Vorenthaltung intensivmedizinischer Behandlung. Unvermeidbare moralische Dilemmata bei einer Entscheidung für oder gegen die Gewährung einer intensivmedizinischen Behandlung sind dieselben *vor* und *in* der Krise. Sie lassen sich nur nicht auf dieselbe Weise lösen. So schreibt das RKI im Bericht über ihre Modi-SARS-Simulation zum Stand des

---

11 Die RKI-Simulation unterstellt, dass die Pandemiepolitik *in* der Krise nach etwa dem zehnten bestätigten Infektionsfall anlaufen muss, Maßnahmen ab dem 48. Tag danach greifen und bis zum 408. Tag effektiv sein würden. Später und bis zur Herdenimmunität nach drei Jahren seien Maßnahmen nicht mehr sinnvoll. Die RKI-Simulation ging also von einem Zeitfenster der Pandemiepolitik *in* der Krise von rund einem Jahr aus. Wenig Zeit, um Versäumnisse der Pandemiepolitik *für* die Krise aufzuarbeiten.

Regelwerks *vor* der Krise: »Bisher gibt es keine Richtlinien, wie mit einem Massenanfall von Infizierten bei einer Pandemie umgegangen werden kann. Diese Problematik erfordert komplexe medizinische, aber auch ethische Überlegungen und sollte möglichst nicht erst in einer besonderen Krisensituation betrachtet werden.«[12] Daraus spricht der Zweifel, dass die Krise der richtige Zeitpunkt für die Ausarbeitung solcher Richtlinien ist. Der monierte Zustand hielt bis zum Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Dezember 2021 an. Und auch im Urteil selbst wurden nur Vorgaben für die spezielle Gruppe der Behinderten und hier auch nur für die Triage gemacht und erst im November 2022 gesetzlich umgesetzt.[13] Das Urteil bezieht sich ausschließlich auf die Triage und nicht auch zum Beispiel auf die (kontingente) Vorenthaltung von Intensivbehandlung aus anderen Gründen.[14] Während der gesamten C19-Pandemie operierte die deutsche Krisenpolitik also ohne klare Regeln über die für ihre *Mort-interdite*-Zielfunktion so zentrale Frage der Aufnahme in die Intensivstation. *Mort interdite* verbot als Tabu jede offen geführte Sachdiskussion darüber.

Die Frage der Vorenthaltung intensivmedizinischer Behandlung, obwohl sie gewährt werden *könnte*, ist ethisch keinesfalls trivial: Die ethisch korrekte Antwort lautet nicht zwingend: »Ein freies Bett darf niemals vorenthalten werden!« Die Medizinethiker Marc Soerensen und Lars Andersen schlagen das folgende Vorgehen für eine Regelfindung vor:[15]

- Das Vorgehen muss alle diskursethischen Bedingungen als notwendige Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehört das Ausschalten aller Formen von Machtentfaltung (zum Beispiel durch Herrschaftswissen) im Findungsprozess, in den Mediziner, Patienten(schützer), Verbände und die allgemeine Öffentlichkeit einzubinden sind.
- Die Legitimität der Regel folgt nicht aus einem (politischen) Konsens (zum Beispiel einem demokratischen Mehrheitsbeschluss), sondern aus der Qualität der Argumente und Gegenargumente, die für und

12 Bundesregierung 2013, S. 65, Fußnote 7.

13 BVerfG 2021. Bundestagsbeschluss vom 10.11.2022.

14 Ist die Dauerbelastung des Intensivmedizinpersonals ein ethisch vertretbarer Grund, um zum Beispiel impfunwilligen, aber impffähigen Pandemiepatienten die Aufnahme zu verweigern?

15 Soerensen und Andersen 2018.

gegen die Regel vorgebracht werden. Die Pro-Argumente dürfen keine Gegenargumente provozieren, deren Begründung selbst *keine* offenen Bedenken provozieren. Es zählt also nicht die Mehrheitsfähigkeit der Regel, sondern die Güte der sie stützenden Argumente.

- Es gibt keine A-priori-Beschränkung der Argumente, zum Beispiel auf medizinische und das Patientenwohl betreffende Belange. Sie müssen nur alle offen ausgesprochen werden. Auch ökonomische Argumente finden Berücksichtigung. Der Ansatz ist deshalb breit wie der Utilitarismus.
- Ethische Prinzipien, wie zum Beispiel das Prinzip des Selbstbestimmungsrechts von Patienten, Intensivbehandlung zu beanspruchen, gelten nicht als Argumente per se, sondern nur die Gründe, die für sie sprechen. So müssen Patienten(schützer) ihre Motive offenlegen, warum ihnen Selbstbestimmung wichtig ist, damit sie verstanden und akzeptiert werden können.
- Am Ende muss das Verfahren Politiker in die Lage versetzen, die Regel aus guten Gründen gegenüber all jenen zu verteidigen, die von ihr negativ betroffen sind.

Dieses argumentationsethische Verfahren ist offensichtlich unbrauchbar *in* der Krise. Es fehlt die Zeit, und wenn die Zeit fehlt, kann der Diskurs nicht machtfrei und in der erforderlichen Gewissenhaftigkeit und Breite geführt werden.[16] Zudem sind *in* der Pandemie die vulnerablen Gruppen meist schon bekannt, und es kann deshalb kein fairer Entscheid *hinter dem Schleier der Unwissenheit*[17] mehr herbeigeführt werden, wie das in einem pandemiepolitischen Diskurs *für* die Krise noch möglich gewesen wäre.

Eine Regel für die Priorisierung in der intensivmedizinischen Behandlung, das heißt, eine strukturierte Triage zu erarbeiten, ist ein Beispiel für eine pandemiepolitische Vorkehrung, die nur *vor* der Krise getroffen werden kann. Da das versäumt worden ist, blieb *in* der C19-Krise nur der reflexartige Rückgriff auf *Mort interdite*.

---

16 Die Entscheidung des Deutschen Bundestags vom 10.11.2022 wurde zwar erst in der endemischen C19-Phase gefällt, aber als stark umstrittener parlamentarischer Mehrheitsbeschluss verstößt er gegen die oben genannten argumentationsethischen Regeln und ist deshalb keine verlässliche Grundlage für die Triage in der nächsten Pandemie.

17 Rawls 1971.

Ethik *in* der Pandemie

Pandemieschutz lässt sich in ruhigen Zeiten planen, aber er muss sich in der Krise bewähren. Der Mangel an Zeit in der Krise für differenzierte Abwägungen motiviert die folgende zusätzliche Kritik am Utilitarismus:

Kritik 5 – Normative Überladung: Der agnostische Utilitarismus zwingt zur allumfassenden Bewertung aller Lebenssituationen und -verhältnisse aller Menschen auf der Basis von deren Einstellung zum Dies- und auch Jenseits. Er stellt damit unerfüllbare Anforderungen an die Pandemiepolitik in der Krise.

Dies ist nicht nur eine Kritik an der praktischen Umsetzbarkeit, die dem Utilitarismus wie fast jedem abstrakten Konzept gilt. Sie bleibt insofern auch eine ethische Kritik, als der Versuch, ihn zu befolgen, die Pandemiepolitik darin behindert, im Krisenmodus das vielleicht nicht Optimale, aber Nützliche zum richtigen Zeitpunkt zu tun. In der Arbeit von Parlamenten, Regierungen, Task Forces und in »War Rooms« bleibt keine Zeit für differenzierte Sachabwägungen, ist die Krise erst ausgebrochen. Die ethische Kritik lautet: Wenn die Zeit drängt, ist eine Ethik, die der Prokrastination Vorschub leistet, unethisch.

So klar zwischen Ethik *für* die Pandemie und Ethik *in* der Pandemie unterschieden werden muss – so sehr braucht es beide! Ethik *für* die Pandemie setzt den normativen Rahmen für den prophylaktischen kapazitäts- und organisationsschaffenden Aufbau jener Strukturen, in denen im Bedarfsfall eine Pandemie zu bekämpfen ist. Die Ethik *für* die Pandemie darf komplex und anspruchsvoll sein: Ihre Grundsätze des Pandemieschutzes sind einerseits von größerer Präzision als die allgemeinen, in der Verfassung vorgegebenen Prinzipien, andererseits sind sie bezogen auf ein Umfeld der epidemischen Ungewissheit, sodass aus der Vergangenheit nur bedingt auf zukünftige Epidemien zu schließen ist. Es geht zum Beispiel um die Ausgewogenheit von Datenschutz und Kontakttracing, um das Für oder Gegen die Anwendung des Verursacherprinzips in der physischen Lastenverteilung (Impfstatus und G-Regeln), um Fragen des prioritären Maßnahmentyps, von Zwang oder Incentivierung und die Regeln für die Triage. All das muss rechtzeitig geschehen, für künftige Krisen, in denen sonst nur die Wahl besteht zwischen dem Regen widersprüchlichen Handelns und der Traufe nicht rechtzeitigen Handelns.

Trotz der sehr präzisen Pandemie-Simulation des RKI von 2013 hat C19 die Politik wie eine unvorhersehbare Naturkatastrophe getroffen. Stützen konnten sich die Entscheidungsträger nach dem ersten Schock auf die Infrastruktur und Organisation der sogenannten systemrelevanten Bereiche – Katastrophenschutz, Militär, Polizei, Ordnungsämter sowie das Gesundheitssystem.[18] Jedem einzelnen davon, dem für Krisen aller Art vorgehaltenen Katastrophenschutz, dem militärischen Sanitätswesen und Teilen der Intensivmedizininfrastruktur, vor allem aber den »für den Normalbetrieb« zuständigen Verwaltungs- und Versorgungseinrichtungen wie Kommunal- und Landesbehörden, Gesundheitsämter, das allgemeine Spitalwesen, die Arztpraxen usw., fielen nun Zusatzaufgaben zu, die sie bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit brachten. Eher im Hintergrund, dafür näher an den Entscheidungsträgern standen der behördliche wissenschaftliche Dienst (in Deutschland RKI und Paul-Ehrlich-Institut) sowie ständige Kommissionen wie die (in Deutschland) ehrenamtlich arbeitende Impfkommission und der Ethikrat bereit. Speziell zusammengesetzte Expertenrunden und Task Forces ergänzten den nach dem Milizprinzip – schnell, aus dem Stand – von der und für die Politik *in* der Pandemie zusammengetragenen Sachverstand. Maßnahmen mussten verfassungsgerichtsfest sein und unter Wahrung des Subsidiaritätsprinzips und der föderalen Zuständigkeiten zustande kommen. Dies in einer Dauerkrise, in der Wahlen durchgeführt und überstanden werden mussten, sich die virologische und epidemische Eigendynamik steigerte und die Regionen zwar allesamt, aber zu unterschiedlichen Zeiten von den Infektionswellen erfasst wurden.

Dieser kurze Abriss des Handlungskontexts der C19-Politik *in* der Krise macht schon deutlich, dass eine komplexe Ethik wie der Utilitarismus ein prohibitives Hindernis für die zügige Abarbeitung der sich auftürmenden Herausforderungen war. Doch auch eine gut vorbereitete Pandemiepolitik *für* die Krise, eine, die zum Beispiel auf der Grundlage der RKI-Simulation entwickelt worden wäre, hätte *in* der Krise ad hoc, schnell und mit einer einfachen Heuristik zu treffende Entscheidungen nicht überflüssig gemacht.

---

18 So wird in der Modi-SARS-Simulation des RKI prognostiziert, dass die systemrelevante Infrastruktur in Deutschland ausreichend Resilienz habe für die simulierte Pandemie.

In Anbetracht der Ungewissheiten, mit denen ein vorausschauender Pandemieschutz konfrontiert ist, gelten für die ethischen Grundsätze *in* der Pandemie, dass sie anwendbar sein müssen in Situationen, die schnelles Reagieren auf unvorhergesehene Ereignisse und Entwicklungen erfordern. Dementsprechend muss die Ethik *in* der Pandemie einfach in der Anwendung und robust in der Übertragung auf Kontexte sein, die in vergangenen Krisen noch keine Rolle gespielt haben.

Im folgenden Kapitel wird eine im Vergleich zum Utilitarismus leichter umsetzbare Ethik der Pandemiepolitik *in* der Krise vorgestellt. Sie basiert auf einer gedanklichen Verwesentlichung des Wirtsorganismus Mensch und erschließt eine Handlungsheuristik, die ethisch fundiert und zugleich krisentauglich ist.

Kapitel 5: Die Krisenrationalität des Epikureismus

> »Lange gelebt hat, wer viel gemacht und gedacht hat.«
> *Boris Vildé*[1]

Die Verwesentlichung von Aufgaben ist die probate Haltung in existenziellen Krisen und das Gebot der Stunde in der Pandemie. Der Epikureismus als eine Philosophie der Verwesentlichung des sterblichen Daseins ist eine brauchbare ethische Grundlage für die Pandemiepolitik *in* der Krise. Zielt die epikureische Verwesentlichung doch darauf, einzig das höchste erreichbare Glück und das tiefste empfundene Leid des sterblichen Daseins zu berücksichtigen, wodurch die lexikografische Priorisierung von *Mort interdite* zum Nachteil des Freiheitsschutzes (und umgekehrt) ausgeschlossen bleibt. Unterscheidet sich zum Beispiel in der Bevölkerung Jung und Alt in ihrem höchsten erfahrbaren Glück und tiefsten erfahrbaren Leid, kommt es in der Pandemiepolitik zwischen Jung und Alt zu einem potenziellen Interessenkonflikt.

Krisenheuristik

Die Krisenheuristik muss Entscheidungen ermöglichen, die – erstens – auch unter Zeitdruck und Ungewissheit getroffen werden. Und sie muss – zweitens – dabei der Willkür einen Riegel vorschieben und einfache ethische Anforderungen erfüllen. Die erste Bedingung stellt den Zweck der Heuristik sicher, mit der zweiten wird verlangt, dass der Krisenmodus kein Freibrief für unethisches Handeln ist.

1 Ingold 2012.

Welche Krisenheuristik erfüllt diese Bedingungen? Im Weiteren wird die folgende Heuristik behandelt:

i. *Maßnahmen mit einer Wirkung über die Zeit können unter Missachtung von Zeitpräferenz und Diskontierung beurteilt werden.*
ii. *Maßnahmen mit einer Vielfalt an Auswirkungen können unter Missachtung dieser Vielfalt, aber unter Beachtung weniger dieser Auswirkungen beurteilt werden.*
iii. *Maßnahmen dürfen nicht nach einer lexikografischen Präferenzordnung beurteilt werden. Das heißt, es muss mindestens zwei der unter ii. berücksichtigten Auswirkungen geben.*

Die Heuristiken i und ii ermöglichen im Vergleich zum Utilitarismus und seinem gesundheitspolitischen Ableger, dem Deprivationismus, eine enorme Vereinfachung von Entscheidungsproblemen. Durch i muss bei Entscheidungen mit Langfristwirkung nicht die allfällige Vorliebe des sterblichen Daseins für Vorteile, die früher statt später anfallen, berücksichtigt werden. Noch muss die Vorliebe für Kosten, die später als früher zu tragen sind, beachtet werden. Bei der Beurteilung eines Impfangebots im Gegensatz zu einer Impfpflicht wird zum Beispiel nur der unterschiedliche Grad der Immunisierung im Zeitablauf bewertet, nicht der Zeitverlauf als solcher. Und Spätfolgen (Long Covid) müssen nicht deshalb geringer bewertet werden, weil sie Spätfolgen sind. Angesichts der mit Diskontierung einhergehenden notorischen ethischen Probleme stellt die Freistellung von der Diskontierungspflicht eine beträchtliche Erleichterung der Entscheidungsfindung dar.

Ebenso liegt in ii eine Konzentration auf wenige Auswirkungen einer erwogenen Maßnahme vor. Bei den Nachteilen des digitalen Distanzunterrichts zum Beispiel muss nicht die gesamte Bildungskarriere und das Lebenseinkommen der Schülerkohorten und die Lebenssituation der Familien beurteilt werden, sondern etwa nur die Risiken für das nächste Bildungsziel und die kurzfristige Belastung der Eltern. Oder zum Beispiel bei der Beurteilung von Kontaktbeschränkungen um Feiertage herum sind nicht alle Auswirkungen in allen Verästelungen der Gesellschaft zu berücksichtigen, es genügt, die epidemiologischen Nachteile etwa dem Nutzen der Familienzusammenkünfte gegenüberzustellen. Oder beim Management der Intensivmedizinkapazität genügt es, neben den Notfällen eine Auswahl planbarer Operationen, aber nicht alle Indikationen für diese mitzuberücksichtigen. Der Zwang

zur schnellen Entscheidungsfindung legitimiert Auslassungen in den Abwägungen, und nur solche Auslassungen ermöglichen die schnelle Entscheidungsfindung.

Bedingung iii setzt diesen Auslassungen aber Grenzen, die von der notwendigen Einbettung der Ethik *in* der Pandemie in eine Ethik *für* die Pandemie herrühren. Denn die erforderliche Erlaubnis zu einer einfachen Ethik *in* der Pandemie darf nicht zum Vorwand werden, die vorausschauende Politik *für* die Pandemie endlos hinauszuschieben, um dann in der Krise einen ethischen Freifahrschein ziehen zu können. Deshalb ist die Heuristik i, ii, iii in eine komplexere Ethik eingebettet, die ihr nur den Status einer Notfallethik zubilligt. Zu dieser Einbettung gehört, dass Grundsatzentscheidungen der Pandemiepolitik in der vorgängigen Ethik *für* die Pandemie zu treffen sind, davon an erster Stelle lexikografische Präferenzen, soweit sie nicht schon in der Verfassung verankert sind. Eine lexikografische Priorisierung zum Beispiel der Vermeidung einer Kapazitätsüberforderung der Intensivmedizin – koste es die Gesellschaft, was es wolle! – ist ein Grundsatzentscheid, der komplexe Abwägungen verdient und erfordert. Gleiches gilt für eine Regel, nach der intensivmedizinische Behandlungen vorenthalten werden können. Solche grundlegenden Entscheidungen dürfen nicht einer im Krisenmodus operierenden Regierung überlassen bleiben, die sich auf die Ethik *in* der Pandemie beruft, weil sie die Politik *für* die Pandemie vernachlässigt hat.

Bedingung iii unterbindet genau dies, indem sie dem Entscheidungsträger verbietet, erst in der Krise lexikografische Präferenzen zu postulieren, und ihn dazu zwingt, mindestens eine (substanzielle) Abwägung zu treffen: zum Beispiel bei der Intensivbettenvergabe die zwischen der Aufnahme von C19-Kranken und der dann erforderlichen Verschiebung planbarer Krebsoperationen; oder die Aufrechterhaltung des Schulbetriebs (»unter allen Umständen!«) muss gegen die über die Familien potenziell entstehenden Infektionsketten abgewogen werden.

Trotz dieser Einschränkung sind dem Entscheidungsträger in der Krisenheuristik sehr weite Grenzen gesetzt, so wie das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber in der C19-Pandemie einen großen Gestaltungsspielraum zugebilligt hat, der allerdings ethisch problematisch ist. Insbesondere dadurch, dass der Entscheidungsträger in seinem Zwang zur Abwägung gemäß iii vollkommen freie Hand bekommt: Er muss zwar abwägen, kann aber abwägen, was er will. Es muss deshalb zudem verlangt werden, dass selbst und gerade in der Krise Abwägungen zwischen mindestens zwei *substanziellen* gesell-

schaftlichen Werten vorgenommen werden. Diese Substantiierung macht der Epikureismus möglich. Diese Philosophie der Verwesentlichung des menschlichen Daseins dient im Folgenden als Fundament der Ethik *in* der Krise.

Ethik der Krisenheuristik

Die Verengung des Erwartungsnutzens (4) auf die atheistische Variante (1) (S. 65) stützt sich in der Nichtberücksichtigung des Todes als Zustand, T, implizit auf die epikureische Philosophie. Diese Formulierung des Erwartungsnutzens legitimiert damit eine Krisenheuristik, die sich ausschließlich auf Abwägungen bezogen auf Leben und Sterben konzentriert und die Religion außen vor lässt. Darüber hinaus unterscheidet sich der Epikureismus vom Utilitarismus aber stark.[2] Dieser Unterschied steckt in den Präferenzen des sterblichen Daseins, das sich vom Epikureismus leiten lässt.

Der Epikureer nutzt seinen Verstand für eine Transformation der eigenen Präferenzen weg von der Vorliebe für Akkumulation und Status hin zu einem mentalen Zustand, in dem das sterbliche Dasein nur noch Grundbedürfnisse befriedigen will, ähnlich den »Big-Seven«-Glücksbringern der Glücksforschung.[3] Aus dieser Philosophie der Verwesentlichung lässt sich eine probate individuelle Haltung in Krisen aller Art ableiten. Vildés Zitat vom Kapitelanfang stammt aus seiner Zeit in deutscher Kriegsgefangenschaft 1941/1942, den Tod vor Augen, und zeugt von einer Verwesentlichung in der rückblickenden Bewertung eines Lebens. In der C19-Pandemie wäre Verwesentlichung die probate Antwort auf Fragen gewesen wie: Welche sozialen Kontakte brauche ich wirklich für mein Glück? Wie viel und welche Mobilität ist notwendig? Für welche Art von Arbeit muss ich wirklich *zur* Arbeit? Brauche ich zur Erholung Palmen und Sand? Welche Geschäftsreisen sind entbehrlich? Schmeckt das einfache Gericht zu Hause nicht genauso gut wie das Schickimicki-Essen im Restaurant? Wie viel Baden in der Masse tut mir wirklich gut? Ist ein Jahreswechsel in Stille nicht auch ein guter Wechsel, oder brauche ich dazu Feuerwerk?

---

2 Binmore 2016.

3 Layard 2005.

Der Epikureismus ist keine Philosophie des Verzichts, sondern die Aufforderung zur Verwesentlichung des gesamten Lebens, die in Krisen nicht nur an Aktualität gewinnt, sondern zum Gebot der Stunde wird. Er bleibt *nach* der Krise im Denken verhaftet in dem Ausmaß, wie das sterbliche Dasein philosophischen Gefallen an ihm gefunden hat.[4]

Auch ist der Epikureismus unvereinbar mit der orthodoxen ökonomischen Behandlung von Zeit und Periodennutzen. Wird doch das epikureische sterbliche Dasein gerade nicht als Abfolge von Periodennutzen (zum Beispiel die Annuität L) mit einem Anfang und (wahrscheinlichen) Ende wie in (8) (S. 77) definiert. Der Periodennutzen mit Argumenten aus der physischen Welt ist durch einen mentalen Zustand zu ersetzen: »[U]tilities are assigned to states of mind (rather than physical objects)«[5]. Diesen mentalen Zustand kann die chronologische Zeit(periode) weder teilen noch verlängern. Die objektive, chronologische Zeit(periode) wird durch eine subjektive Zeit(periode) ersetzt, deren Länge einzig durch die Dauer eines konkreten mentalen Zustands bestimmt ist.

Mentale Zustände gibt es, so Binmore, aber nur im Leben, L. Im Zustand des Totseins, T, existiert ebenso wenig ein mentaler Zustand wie im pränatalen, P, weshalb die lukrezianische Symmetrie zwischen beiden Zuständen gilt. Ein Dasein, das nie geführt wird, ist deshalb wie ein Dasein, das schon immer tot war. Beides ist durch das *Fehlen* mentaler Zustände gekennzeichnet, und die Menge mentaler Zustände ist in allen Zeitpunkten vor und nach dem Leben, L, die leere Menge.

Welche Rationalitätsaxiome stützen den Epikureismus? Ken Binmore unterstellt sechs Axiome, von denen sich zwei von der utilitaristischen Standardaxiomatik unterscheiden. Sie sind für den Unterschied zwischen den epikureischen Präferenzen und jenen in (8) verantwortlich.

Axiom 1 – Symmetrie: Die Bezeichnung (Indexierung) von Perioden ist für Entscheidungen irrelevant. Eine Erfahrung wird keine andere, nur weil sie zu einem anderen Zeitpunkt gemacht wird, und auch der mentale Zustand, der durch die Erfahrung entsteht, wird kein anderer.

4 Die in der Konsumforschung diskutierte Frage, inwieweit sich die C19-Lebensweise langfristig verfestigen wird, ist im Grunde die Frage nach der Verfestigung der epikureischen Krisenrationalität im endemischen *Courant normal*.

5 Binmore 2016, S. 76.

Damit ist eine Diskontierung von Periodennutzen ausgeschlossen. Das Symmetrie-Axiom verbietet jegliche Ungeduld in der rationalen Führung des Lebens und stützt Eigenschaft i der Krisenheuristik. In der Krise ist der Verzicht auf Diskontierung in den Abwägungen nicht nur zulässig, sondern gemäß epikureischer Rationalität geboten: Spätfolgen von Impfkampagnen oder unterlassenen Operationen sind so zu bewerten, als ob sie sofort aufträten; aber auch wirtschaftliche Schäden aus Insolvenzen dürfen nicht deshalb ignoriert werden, weil sie erst später zu Buche schlagen.

Axiom 2 – zeitliche Duplikation: Das Leben wird kein anderes, nur weil eine weitere Zeitperiode hinzukommt, die, abgesehen vom Periodenindex, identisch mit einer bereits erlebten Periode ist.

Damit ist die bloße Wiederholung von Periodennutzen (zum Beispiel einer Annuität) irrelevant für die Bewertung des eigenen Lebens und für dessen rationale Führung. Es gilt *Pars pro Toto*: Ein Erlebnis einmal gemacht zu haben ist das Gleiche, wie es ständig zu wiederholen. »[L]iving long becomes less important than living well«[6]. Langes Leiden und kurzes Leiden werden gleich bewertet, ebenso kurzes Glück und langes Glück. Nur andere als die schon gemachten Erfahrungen zählen.[7] Damit sind Entscheidungsprobleme je nach gemachten Erfahrungen pfadabhängig.

Das Axiom der zeitlichen Duplikation stützt die in Eigenschaft ii angelegte Verwesentlichung der Krisenheuristik. Im Krisenmodus wird die utilitaristische Fliegenbeinzählerei durch eine qualitative Beurteilung ersetzt. Die Dauer eines Lockdowns oder anderer Einschränkungen der Freiheit spielt keine Rolle mehr, es geht nur um die Qualität des Lebens, das dadurch den Menschen aufgezwungen wird. Ebenso ist bei der Beurteilung von Long Covid die Dauer des Heilungsprozesses irrelevant, nur die Qualität des Lebens mit und ohne Long Covid muss verglichen werden. Auch das bloße Hinauszögern des Sterbens auf der Intensivstation oder im Hospiz ist ohne jegliche Relevanz und folglich der Einsatz knapper Ressourcen dafür unethisch; es zählt nur

---

6 Ebd., S. 96.

7 Implizit ist in Axiom 2 eine Relevanz von Dissimilarität der Lebensereignisse für das menschliche Glück angelegt. Aber Monotonie ist nicht schlecht per se (im Gegensatz zu Scitovsky 1976), sondern wegen Axiom 2 handlungsirrelevant.

die Qualität, aber nicht die Dauer des zurückgewonnenen Lebens. Das QALY-Konzept mit der gewonnenen Lebenszeit als Argument bei der Bewertung von Therapien wird damit von der epikureischen Ethik an die Politik *für* die Pandemie verwiesen. Wenn in der Krise Entscheidungen schnell zu treffen sind, sollen derart komplizierte Berechnungen nicht vorgenommen werden müssen.[8]

Im Axiom der zeitlichen Duplikation ist eine subjektive (menschliche) Zeit angelegt, die von der chronologischen Zeit zu unterscheiden ist.[9] Mehrere Perioden mit identischen Ereignissen verschmelzen zu einer einzigen Periode mit nur einem dieser identischen Ereignisse. Mit anderen Worten, die Gegenwart dauert so lange, bis sich etwas darin ändert. Ein solcher konstanter Zustand (des identischen Erlebens) setzt Binmore mit einem mentalen Zustand gleich. Andere mentale Zustände setzen andere Erlebnisse voraus. Daraus folgt, dass gut zu leben wichtiger ist, als lange zu leben.

Der Epikureismus erlaubt mit Axiom 2 nicht nur, Ereignisse zu ignorieren, die zu keiner Änderung von mentalen Zuständen führen, wie zum Beispiel das bloße Hinauszögern des Sterbens. Er verlangt im Umkehrschluss, auch unterschiedliche mentale Zustände zu berücksichtigen. Die Vorschrift iii der Krisenheuristik wird im Epikureismus dahin gehend präzisiert, dass die zwei zu berücksichtigenden Auswirkungen von Maßnahmen mindestens in zwei (alternativen) mentalen Zuständen erkennbar sein müssen, also zum Beispiel der mentale Zustand des guten Sterbens, vorbereitet und im Kreis der Familie, und der mentale Zustand des schlechten Sterbens, plötzlich herausgerissen aus dem Leben. Maßnahmen zur Verringerung des Infektionsrisikos als Investition in die Verringerung des Risikos des schlechten Sterbens sind damit nach ihrer Wirkung auf die beiden alternativen mentalen Zustände des guten versus schlechten Sterbens hin zu beurteilen.

Der Epikureismus präzisiert die Krisenheuristik i, ii, iii noch in zwei weiteren Punkten. Er gibt erstens die genaue Anzahl mentaler Zustände vor, die in die Beurteilung einer Maßnahme einfließen, und er schreibt

8 Das Bundesverfassungsgerichtsurteil zur Triage weicht in der dort vorgeschriebenen Krisenheuristik vom Epikureismus ab, indem es die Überlebenswahrscheinlichkeit durch die Intensivbehandlung zum einzig zulässigen Kriterium für die Triage erklärt.

9 Zum Unterschied zwischen subjektiver, menschlicher und chronologischer Zeit siehe Buonomano 2017.

zweitens exakt vor, *welche* mentalen Zustände in diese Beurteilung einzufließen haben.

Aus den Axiomen 1 und 2 folgt nach Binmore (der sich dazu auf ein Theorem von Milnor [1954] stützt):

Milnor-Theorem: Das rationale sterbliche Dasein bewertet ein Leben, das es führen kann, einzig auf der Basis der besten und schlechtesten Periode, also der Periode mit dem Supremum und der Periode mit dem Infimum aller Periodennutzen dieses Lebens.

Aus dem Milnor-Theorem folgt, dass in der Krisenheuristik zur Beurteilung einer pandemiepolitischen Maßnahme exakt zwei mentale Zustände heranzuziehen und somit lexikografische Präferenzen der Politik unzulässig sind. Sie darf nicht – »auf Teufel komm raus!« – einen einzigen mentalen Zustand, zum Beispiel den des guten Sterbens, zum absolut übergeordneten Ziel erklären. Sie muss einen zweiten mentalen Zustand mitberücksichtigen und eine Abwägung vornehmen, die die Möglichkeit zulässt, dass eine Maßnahme, die in den zweiten mentalen Zustand führt, der ersten vorgezogen wird.

Der Epikureismus verweist somit Grundsatzentscheide über die Feststellung lexikografischer Präferenzen ins Feld der Politik *für* die Pandemie. Werden sie erst *in* der Krise getroffen, gibt der Epikureismus der Politik, sei es die eines »Pandemiekabinetts«, einer Bund-Länder-Runde oder eines einzelnen Staatslenkers, kein Pardon: Abwägungen zwischen erreichbaren mentalen Zuständen sind im Krisenmodus stets zu treffen!

Aus dem Milnor-Theorem folgt außerdem, dass diese zwei zu berücksichtigenden mentalen Zustände das Supremum und Infimum des sterblichen Daseins sein müssen. Die Krisenheuristik ist hierdurch in der Wahl der zu berücksichtigenden Auswirkungen von Maßnahmen gebunden und gleichzeitig jener Beliebigkeit im Entscheidungsprozess beraubt, die noch in Heuristik ii angelegt ist. Die vom Epikureismus gestützte Krisenheuristik ermöglicht schnelles Handeln, unterbindet aber willkürliches Handeln.

Ein weiterer Vorzug, den der Epikureismus als Grundlage einer Krisenheuristik bietet, findet sich im Supremum und Infimum selbst, die beide naheliegende Kriterien für die Entscheidungsfindung bei Ungewissheit sind: Es zählt nur die beste und schlechteste Eventualität. Alles dazwischen kann unter Zeitdruck unberücksichtigt bleiben. Das In-

fimum ist der im sterblichen Dasein schlimmste mögliche mentale Zustand. In einer Krise ist die Chance gegeben, dass schnell Einigkeit hergestellt werden kann, was das Infimum ist. In der C19-Pandemie zum Beispiel war es das schlechte Sterben auf der Intensivstation, und deswegen wurde das Mantra von Überlastung unwidersprochen von Anfang bis Ende der Pandemie rezitiert.

Als bestmöglicher Zustand in einer Krise kommt spontan das geführte Leben zuvor oder das führbare Leben danach infrage. Was sonst? Während in einem politischen Umsturz Uneinigkeit darüber herrscht – für die alten Machtzirkel ist es das Leben davor und für die Umstürzler das Leben danach –, erinnern sich in einer Pandemie alle an die Vorzüge des Lebens zuvor. Dieses unbeschränkte Leben davor ist der offensichtliche Kandidat fürs Supremum, auf den es sich schnell einigen lässt. Nicht nur, dass der Epikureismus präzisiert, welche mentalen Zustände in die Bewertung von Maßnahmen einzufließen haben, und so Machtmissbrauch in Krisen verhindert, diese mentalen Zustände des Schutzgutes Mensch sind darüber hinaus auch leicht zu identifizieren.

Wie fließen Supremum und Infimum in die Bewertung pandemiepolitischer Maßnahmen ein, beziehungsweise welche Eigenschaften sonst hat die politische Zielfunktion in der Krise? Das Milnor-Theorem verlangt zumindest eine ordinale Skala. Supremum ist Supremum, weil es ein besserer mentaler Zustand ist als alle anderen, und Infimum ist Infimum, weil es ein schlechterer Zustand ist als alle anderen. Mehr als eine ordinale Skala braucht es im Krisenmodus nicht.

Eigenschaft 1 der Zielfunktion – Skala: In der Krisenheuristik kommt eine ordinale Skala beim Vergleich mentaler Zustände zur Anwendung.

Eigenschaft 1 erlaubt die Anwendung des Pareto-Kriteriums in der Krisenheuristik. Es werden alle Maßnahmen durchgeführt, die zu niemandes Nachteil sind. Die sogenannte Pareto-Effizienz ist eine normative Minimalanforderung, der wenig entgegengesetzt werden kann.

Eigenschaft 2 der Zielfunktion – Nichtsättigung: Je größer das Supremum und/oder Infimum ist, umso größer ist der Wert des sterblichen Daseins.

Eigenschaft 2 sollte ebenfalls auf wenig Opposition stoßen.[10] Mit den Eigenschaften 1 und 2 lassen sich Grundzüge der Pandemiepolitik für Bevölkerungsgruppen beurteilen, deren Gefährdung entweder in besonderer Vulnerabilität oder aber in besonderer Belastung durch Schutzmaßnahmen liegt. Die Alten und Jungen sind solch unterschiedliche Gruppen. Lange galten die von der C19-Politik verfügten Schutzmaßnahmen vorwiegend den Alten, während die Jungen als weniger vulnerabel eingestuft wurden, dafür als stärker betroffen von den negativen Auswirkungen von Schutzmaßnahmen.

Epikureische Rationalität

Solange der Epikureismus die normative Grundlage der Krisenheuristik allein des politischen Entscheidungsträgers ist, handelt er meritorisch und möglicherweise wider die Präferenzen der ihm anvertrauten Menschen. Dann ist – wie in der Drogenbekämpfung – Zwang echter Zwang. Solche Krisenheuristik setzt sich der Kritik aus, die gegen jede Form von Meritorik vorgebracht werden kann, selbst wenn kein Dissens über die Wirkung getroffener Maßnahmen besteht.

Anders, wenn die Menschen selbst epikureische Präferenzen haben. Menschen mit diesen Präferenzen werden im Folgenden Epikureer genannt. Zum Epikureer geworden ist jemand im Zuge einer intensiven Reflexion und Transformation der eigenen Präferenzen in pandemiefreier Zeit. Oder auch im Zuge einer lebensbedrohenden Krise, um so die probate Verwesentlichung seines Lebens zu erreichen. Oder schlicht aus Gründen der Loyalität gegenüber der staatlichen Krisenrationalität für die Zeit der großen Gefahr.

---

10 Eigenschaft 2 muss für den Spezialfall des von Binmore so bezeichneten transzendenten Epikureismus modifiziert werden. In ihm kann das Supremum ein Maximum erreichen, das als *Ataraxie* bezeichnet wird, das nicht mehr steigerbare Glück, in dessen Folge der Gesamtwert des Lebens mit diesem Supremum identisch wird: egal wann im Leben Ataraxie erreicht wird, sei es auch erst im Sterben, und egal welchen Wert das Infimum annimmt. Solange Ataraxie nicht erreicht ist, gilt Eigenschaft 2 uneingeschränkt. In Ataraxie lässt ein größeres Infimum den Gesamtwert konstant, das heißt, das Infimum ist keine Determinante der Zielfunktion mehr.

In diesen Fällen kann sich die Krisenheuristik auf den methodischen Individualismus stützen: Er ist in der Politikfindung Abbild der individuellen Präferenzen und Rationalität des Epikureers als Schutzbefohlener der Pandemiepolitik. Was andernfalls als schmerzliche Zumutung verstanden würde (zum Beispiel AHA-Regeln), wird vom Epikureer als unbedeutend beurteilt, weil es das Wesentliche, den besten und schlimmsten Zustand im Leben, nicht tangiert. Oder was endlose Diskussionen über Für und Wider ausgelöst hätte, wird nun begrüßt, allein weil es den schlimmsten oder besten Zustand verbessert. Es lohnt sich also, der epikureischen Rationalität des sterblichen Daseins auf den Grund zu gehen.

Nicht Akkumulation ein Leben lang bestimmt nach dem Milnor-Theorem den Wert des Lebens, sondern einzig die beiden Erfahrungen von höchstem Glück und tiefstem Leid. Vor diesem Hintergrund bewertet der Epikureer pandemische Zustände anders als der Utilitarist. Im Nagel'schen Deprivationismus zum Beispiel steigert jede Lebensverlängerung den Wert des sterblichen Daseins, solange der Periodennutzen der Lebensverlängerung positiv ist (das heißt, solange das Leben wert ist, geführt zu werden). Im Epikureismus beeinflusst die zusätzliche Periode den Wert des Daseins hingegen nur, wenn sie entweder zur besten oder schlechtesten Periode wird. Andernfalls ist die Lebensverlängerung irrelevant und dem Epikureer kein erstrebenswertes Ziel, wie auch eine Lebensverkürzung, die weder die schlechteste noch die beste Periode aus der Bewertung des Lebens streicht. Lebensverlängernde Intensivmedizin nimmt der Epikureer dann gerne an, wenn in der durch sie geretteten Lebenszeit sein bisher größtes Glück übertroffen wird. Ein Angebot der Hospizmedizin nimmt er an, wenn es nicht nur sein Sterben erträglicher macht, sondern dieses Leid sonst sein größtes wäre. Suizid und Suizidhilfe sind für den Epikureer wertsteigernd, wenn das dadurch abgekürzte Leid ihm größtes Leid erspart.[11] Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, steht er alldem gleichgültig gegenüber.

Die epikureische Rationalität lässt sich in ihren Konsequenzen in den folgenden Lemmata beschreiben:

11 Suizid wird damit nur handlungsrelevant, wenn er die schlechteste Erfahrung zum Besseren manipuliert. Was voraussetzt, dass es noch eine schlechtere machbare Erfahrung geben muss als den Suizid, die durch ihn abgewendet werden kann.

Lemma 3 – Pfadabhängigkeit des Entscheidungsproblems: Im Leben bereits gemachte Erfahrungen beeinflussen künftige Entscheidungen.

Nicht der Wert eines künftigen Ereignisses wird durch die Erfahrung eines vergangenen Ereignisses beeinflusst, sondern dessen funktionale Eigenschaft für die Bestimmung des Supremums und Infimums.

Die Lemmata 4 und 5 präzisieren die Pfadabhängigkeit der beiden Grenzerfahrungen:

Lemma 4 – Maximin: Wurde die bestmögliche Erfahrung bereits gemacht, stellen sich alle künftigen Entscheidungsprobleme nur noch als die Aufgabe dar, die schlechteste Erfahrung abzuwenden.

Lemma 4 bestimmt das Entscheidungskalkül all derer, die wissen, dass sie die beste Zeit ihres Lebens schon hinter sich haben. Lemma 5 bestimmt das Kalkül all derer, die wissen, dass es schlimmer als es schon war nicht mehr werden kann.

Lemma 5 – Maximax: Wurde die schlimmstmögliche Erfahrung bereits gemacht, stellen sich alle künftigen Entscheidungsprobleme nur noch als die Aufgabe dar, die bestmögliche Erfahrung zu machen.

Lemmata 4 und 5 operationalisieren die Irrelevanz sich wiederholender Grenzerfahrungen wie auch intermediärer Erfahrungen als *Komponenten* des Gesamtwerts des epikureischen Daseins. Aber sie machen intermediäre Erfahrungen nicht völlig nutzlos, sondern lassen ihnen die Funktion, Mittel zum Zweck zu sein im Sinne von Investitionen zur Steigerung des Gesamtwerts des Daseins.

Lemma 6 – Dominanz: Investitionen, die nach dem Pareto-Kriterium das Infimum (Supremum) verbessern, ohne das Supremum (Infimum) zu verschlechtern, oder die beides verbessern, werden getätigt.

Lemma 6 betrifft ein Entscheidungsproblem, in dem das in die Gesamtbewertung einfließende Erfahrungstupel(paar) bei Tätigung der Investition (in Form einer intermediären Erfahrung) jenes ohne Investition (also ohne gemachte intermediäre Erfahrung) im Supremum und Infimum schwach dominiert. Die Investition ist im Sinne dieser Dominanz kostenlos und zugleich ertragreich und wird deshalb getätigt. Werden

durch die kostenlose Investition sowohl Supremum wie Infimum verbessert, ist sie sogar Win-win, also ertragreich auf beiden Enden.

Lemma 6 betrifft konkret zum Beispiel ein Entscheidungsproblem, in dem durch eine kontaktarme Lebensführung das Risiko des schlechten Sterbens (auf der Intensivstation) verringert oder ganz vermieden werden kann und die Erfahrung des kontaktreichen Lebens bereits gemacht worden ist. Mit dieser bereits gemachten besseren Erfahrung ist die kontaktarme Lebensführung eine kostenlose Investition ins gute Sterben, die sich damit lohnt.

Aber nicht nur kostenlose Investitionen sind vorteilhaft, es können für den Epikureer auch solche mit einem Trade-off zum Beispiel zwischen der Verbesserung der schlechtesten und der Verschlechterung der besten Erfahrung sein.

Lemma 7 – Trade-off: Gibt es einen Trade-off zwischen Infimum und Supremum bei der Entscheidung pro oder contra Investition, hängt die Investitionsentscheidung von der intrinsischen Bewertung von Infimum und Supremum ab.

Im Trade-off muss sich der Epikureer entscheiden zwischen zwei Erfahrungstupel, eines mit besserem Supremum und schlechterem Infimum, das andere mit besserem Infimum und schlechterem Supremum. Für ein gegebenes Supremum und Infimum hängt diese Bewertung von den pfadunabhängigen intrinsischen Präferenzen für Supremum beziehungsweise Infimum ab, je nachdem, ob der Epikureer sich in der Bewertung seines sterblichen Daseins stärker von seiner besten Erfahrung (epikureischer Optimist) oder der schlechtesten Erfahrung (epikureischer Pessimist) berühren lässt.[12]

Scharf zu unterscheiden von diesen pfadunabhängigen intrinsischen Präferenzen sind die pfadabhängigen instrumentellen Präferenzen für oder gegen eine Investition.

12 Dies ist analog zum Hurwicz-Kriterium bei Entscheidungen unter Ungewissheit. Epikureischer Optimismus/Pessimismus beschreibt nicht den Glauben an einen guten (schlechten) Ausgang bei Ungewissheit, sondern eine positive (negative) Grundhaltung, die sich in einer unterschiedlichen Gewichtung von Supremum und Infimum niederschlägt.

Lemma 8 – instrumentelle Präferenzen: Die instrumentellen Präferenzen für Investitionen sind abhängig von bereits gemachten Erfahrungen (Lemma 3). Deshalb können sich Junge und Alte in ihren instrumentellen Präferenzen unterscheiden.

Lemma 8 impliziert, dass sogar eine in ihren intrinsischen Präferenzen homogene epikureische Gesellschaft in ihren instrumentellen Präferenzen für den Pandemieschutz je nach den bereits gemachten Lebenserfahrungen in unterschiedliche Gruppen zerfällt. Dies stellt eine Herausforderung für die epikureische Pandemiepolitik dar, die sich so einer utilitaristischen Politik nicht zwangsläufig stellt: Selbst wenn das Set aller machbaren Erfahrungen und deren ordinale Rangierung sowie der Grad des epikureischen Optimismus/Pessimismus für alle Mitglieder der Gesellschaft gleich und alle von der Krankheit in epidemischer und klinischer Hinsicht identisch betroffen wären, besteht die Gefahr, dass der Staat sich zwischen der Bevorzugung der Alten (mit gemachten Erfahrungen) oder der Jungen (mit anderen oder ohne bereits gemachte Erfahrungen) entscheiden muss. Pandemiepolitik *in* der Krise verletzt dann unvermeidbar das Pareto-Kriterium und kann zur Diskriminierung von Bevölkerungsgruppen führen. Dies wird im Folgenden am Beispiel des Infektionsschutzes vertieft.

Kapitel 6: Infektionsschutz

»[E]stimates of future prospects will be based on nothing but the evidence that [one] finds lodged in [ones] memory.«
Ken Binmore[1]

Pandemiepolitik kann einen Interessenkonflikt zwischen Jung und Alt hervorrufen, wenn Alte bereits über Erfahrungen verfügen, die zu machen der staatlich verordnete Infektionsschutz die Jungen hindert, sodass diese Laissez-faire bevorzugen und die Alten strengen Infektionsschutz. Unter dem Tabu des *Mort interdite* wurde die C19-Politik zur Parteigängerin der Alten und diskriminierte die Jungen. So blieb sie im steten Konflikt zwischen Gesundheits- und Freiheitsschutz gefangen. Eine Kombination aus Steuerung der Intensivmedizinkapazität einerseits und Infektionsschutz andererseits bietet eine Möglichkeit zur Beseitigung dieses Interessenkonflikts, kann aber nicht erst in der Krise quasi aus dem Hut gezaubert werden. So verstrickte sich die C19-Politik im für das epikureische Dasein belanglosen Klein-Klein und föderalen Hin und Her.

Zero-Virus- versus Laissez-faire-Strategie

C19 war bis und mit der Delta-Variante in der letalen Wirkung für die Alten gefährlicher als für die Jungen. Es ist also naheliegend, dass sich daraus unterschiedliche Interessen bezüglich der Unterbrechung von Infektionsketten ergaben. Diese Unterschiede wurden mit der

1 Binmore 2016, S. 84.

dominierenden Omikron-Variante ab 2021 zwar verringert, aber selbst ihre vollständige Beseitigung hätte nicht bedeutet, dass sich bei Jung und Alt dieselben instrumentellen Präferenzen hinsichtlich einer Unterbrechung von Infektionsketten und damit des schlechten Sterbens eingestellt hätten. Das Fortbestehen des Interessenkonflikts zwischen Jung und Alt auch unter den Omikron-Bedingungen wird unter Zugrundelegung der epikureischen Krisenrationalität im Folgenden gezeigt.

Angenommen, der Epikureer sei mit den folgenden vier machbaren Erfahrungen und damit mentalen Zuständen konfrontiert: ein kontaktreiches, sozial erfülltes Leben, dessen mentaler Zustand einen Nutzen in Höhe von L bringt; ein kontaktarmes, sozial unerfülltes Leben mit einem Nutzen von l; ein gutes Sterben, dessen mentaler Zustand einen Nutzen in Höhe von S verspricht; ein schlechtes Sterben mit einem Nutzen s. Es gelten die intrinsischen Präferenzen $L > l$ und $S > s$.[2]

Die (annahmegemäß) risikofreie Investitionsmöglichkeit des Epikureers ist der Verzicht auf das kontaktreiche Leben, L, zugunsten des kontaktarmen Lebens, l, wodurch das schlechte Sterben, s, abgewendet und das gute Sterben, S, garantiert wird. In einer Pandemie liegt diese Investition in der Vermeidung des Ansteckungsrisikos durch eine kontaktarme Lebensführung, die die Gefahr beseitigt, plötzlich schwer zu erkranken und auf der Intensivstation ohne Abschied von den Lieben dahinzuscheiden (Zero-Virus-Strategie). Das sterbliche Dasein hat damit die Wahl zwischen zwei extremen Alternativen: einer Zero-Virus-

2 In dieser Modellierung offeriert der Epikureismus eine Krisenrationalität im kulturellen Substrat $(S, \cdot)$. Der Tod als Zustand wird in Übereinstimmung mit dem Einleitungszitat von Kapitel 3 aus dem Entscheidungskalkül herausgenommen, und insofern trifft den Epikureismus dieselbe Thanatoideologiekritik wie den *praktizierten* Utilitarismus. Epistemologisch ist er jedoch dem *praktizierten* Utilitarismus überlegen, denn bei ihm bleibt *Mort interdite* (als Kandidat fürs Infimum) im Entscheidungskalkül präsent. Er setzt sich damit nicht dem Vorwurf der Doppelnull von Sterben und Tod von Kapitel 3 aus. Im Epikureismus ist der Tod als Zustand, T, die leere Menge mentaler Zustände und nicht die unendliche Abfolge der Nullnutzen-Erfahrung wie im Utilitarismus, dem es einerlei ist, ob der Mensch das Sterben überdauert, solange die Zeit danach den transzendental nicht nachweisbaren Periodennutzen von exakt null mit sich bringt. Der Epikureismus vermeidet dieses Problem, indem er eine Begründung gibt, warum der Tod dem noch Lebenden ohnehin gleichgültig sein sollte.

Strategie mit einer Garantie aufs gute Sterben und einer Laissez-faire-Strategie mit garantiert schlechtem Sterben.[3]

Tabelle 1: Zero-Virus versus Laissez-faire

Präferenzen	**»Anomalie«**	**Alte (mit Erlebnis L)**		**Junge (ohne Erlebnisse)**	
		Investition	**Lemma**	**Investition**	**Lemma**
Fall a: $L > l >$ S $>$ s	–	ja	3, 4, 6	unbestimmt	7
Fall b: $L >$ S $>$ $l >$ s	S $> l$	ja	3, 4, 6	unbestimmt	7
Fall c: $L >$ S $>$ s $> l$	s $> l$	nein	3, 4, 6	nein	6
Fall d: S $> L >$ $l >$ s	S $> L$	ja	3, 6	ja	6
Fall e: S $> L >$ s $> l$	S $> L$ und s $> l$	unbestimmt	3, 7	unbestimmt	7
Fall f: S $>$ s $>$ $L > l$	s $> L$	unbestimmt	3, 7	unbestimmt	7

3 Auch während einer Pandemie sterben Menschen weiterhin aus vielerlei Gründen. S kann deshalb im Folgenden als irgendein mögliches Sterben verstanden werden, das schon früher auf das gute Leben, L, gefolgt ist. Das schlechte Sterben, s, »am oder im Zusammenhang mit dem Virus« ist im Folgenden das schlechteste mögliche Sterben überhaupt, das einem bei Laissez-faire bevorsteht und unter der Zero-Virus-Strategie an einem vorbeigeht.

Tabelle 1 fasst gemäß den Lemmata 3 bis 8 den Anreiz zur Investition in den Pandemieschutz von zwei Alterskohorten in Abhängigkeit von unterschiedlichen, bereits gemachten Erfahrungen zusammen. Sie unterscheidet für die vier möglichen Erfahrungen im Leben und für die Rangierungen $L > l$ und $S > s$ insgesamt sechs mögliche intrinsische Präferenzen (Fälle a bis f). Fall a von Tabelle 1 ist der Normalfall, der sich durch eine durchgängige Plausibilität in den ordinalen Relationen der Präferenzordnung auszeichnet. Es ist ein sterbliches Dasein, dem jede Art zu leben lieber ist als die beste Art zu sterben. Alle anderen Fälle weisen die eine oder andere Anomalie in den Präferenzen auf. In Fall b ist es die Anomalie $S > l$, wo Sterben in geordneten Verhältnissen, in der richtigen Reihenfolge und im Kreis der Familie dem kontaktarmen Leben vorgezogen wird. Fall c mit $s > l$ beschreibt das Sozialbiest, für das es nichts Schlimmeres gibt, als auf ein kontaktreiches Leben in Bars, Restaurants, Discos, bei Großveranstaltungen und auf Reisen zu verzichten, wofür *ceteris paribus* die Infektion mit tödlichem Ausgang gerne in Kauf genommen wird. Fall d mit $S > L$ beschreibt hingegen den im Leben mit seinen Lieben so Verwurzelten, dass ihm nichts Besseres passieren kann, als in wohlgeordneter Weise in ihrem Kreis dahinzuscheiden. Fall e mit $S > L$ und $s > l$ ist der im Familien- oder engsten Freundeskreis Verwurzelte, für den zugleich ein kontaktarmes Leben das schlimmste überhaupt ist. Fall f beschreibt mit $s > L$ die Hölle auf Erden, wo selbst das schlechte Sterben noch besser ist als das gute Leben.

Die intrinsischen Präferenzen über die machbaren Erfahrungen von Tabelle 1 seien für alle Alterskohorten identisch und unabhängig von konkreten Entscheidungssituationen, also auch von gemachten Erfahrungen, sodass sie für Jung und Alt gelten.[4] Davon zu trennen ist die instrumentelle Präferenz für oder gegen die Investition in das

4 Dies sind übliche Annahmen in der orthodoxen Ökonomik. Unabhängigkeit von konkreten Entscheidungssituationen ist dort eine Voraussetzung für konsistentes Verhalten, das in der Revealed-Preference-Theorie sogar mit Rationalität gleichgesetzt wird. Die Gleichheit der Präferenzen erfüllt die erkenntnistheoretische Forderung, dass abweichendes Verhalten nicht ad hoc mit unterschiedlichen Präferenzen erklärt werden sollte. Unterschiedliches Verhalten von Jung und Alt hat dann andere Ursachen, zum Beispiel unterschiedliche gemachte Erfahrungen.

gute Sterben, die gemäß Lemma 8 abhängig von den bereits gemachten Erfahrungen ist.

Im Folgenden wird angenommen, dass die Alten bereits über die Erfahrung des besseren, kontaktreichen Lebens, L, verfügen, während den Jungen noch jede gemachte Erfahrung fehlt. Beiden ist gemein, dass sie als Lebende die Erfahrung des Sterbens noch vor sich haben und sie auch nicht grundsätzlich vermeiden können, aber doch durch eine Investition im Leben das schlechte Sterben abwenden und das gute Sterben sicherstellen können.

Die Annahme, dass die Jungen noch keine Erfahrungen gemacht haben, ist eine Vereinfachung, die konkret nur auf Neugeborene zutrifft. Diese Vereinfachung deckt aber den allgemeineren Fall ab, in dem die Jungen zwar schon Erfahrungen gemacht, ihre besten Jahre aber noch vor sich haben. Die Alten sind bereits überm Zenit ihres Lebens und blicken schon auf ihre besten Jahre zurück. Zwischen Alt und Jung kann es also einen Abstand von mehr als einer Generation geben: Die über 65-Jährigen gelten als die Alten und die Jahrgänge im Schul- und Hochschulalter als die Jungen. So verfuhr auch die C19-Politik, die häufig mit Blick einzig auf Schulen und Seniorenheime gemacht wurde.[5]

Für wen ist die Investition ins gute Sterben vorteilhaft? Die Alten verfügen bereits über die Erfahrung L, was gemäß Lemma 3 (Pfadabhängigkeit) ihre künftige Entscheidungssituation in allen Fällen, a bis f, beeinflusst und in den Fällen a bis c gemäß Lemma 4 das Entscheidungsproblem zum Maximin-Problem werden lässt. In diesen Fällen ist die Entscheidung pro oder contra Investition für die Alten die Entscheidung zwischen den Erfahrungstupel (L, S) und (L, s), sodass es in den Fällen a und b gemäß Lemma 6 (Dominanz) für die Alten vorteilhaft ist, die Investition zu tätigen. Ohne die bereits gemachte Erfahrung L ist die Investitionsentscheidung der Jungen in den Fällen a und b hingegen eine

5 Genau genommen unterscheidet »Jung« und »Alt« nicht das chronologische oder biologische, sondern das epikureische Alter. Noch »jung« sind alle, die ihre beste Zeit noch vor sich sehen, und »alt« alle, die glauben, darauf bereits zurückzublicken. So gehört ein Methusalem voller Tatendrang und immer noch auf der Jagd nach der besten Lebenserfahrung epikureisch zu den Jungen. Die im Folgenden angenommene Gleichheit des chronologischen/biologischen und des epikureischen Alters ist für die Wirtspopulation als ganze im Sinn einer Korrelation zu verstehen.

Entscheidung zwischen den Erfahrungstupel (L, s) und (l, S). Die Jungen haben damit einen Trade-off zwischen dem extremen sterblichen Dasein (L, s) und einem moderaten Dasein (l, S) zu beachten (Lemma 7). Ihre Investitionsentscheidung hängt also davon ab, wie sehr sie epikureische Optimisten oder Pessimisten sind. Ohne Detailkenntnis dazu bleibt es offen, wie sie sich entscheiden.

Im Fall c ist es für Jung und Alt vorteilhaft, die Investition nicht zu tätigen. Beide erhalten durch Nichtinvestition das Erfahrungstupel (L, s), das sowohl im Supremum wie im Infimum das alternative Tupel (S, l) dominiert. Im Fall d ist die Investition für Jung und Alt vorteilhaft. Ohne Investition erhalten sie das Erfahrungstupel (L, s), das von der Alternative (S, l) sowohl im Supremum wie Infimum dominiert wird.

In den Fällen e und f bleibt es ohne zusätzliche Information über den epikureischen Optimismus/Pessimismus unbestimmt, ob sich Jung und Alt für oder gegen die Investition entscheiden. Sie haben die Wahl zwischen einem extremen Dasein mit dem Tupel (S, l) im Investitionsfall und dem moderaten Tupel (L, s) ohne Investition und stehen einem Trade-off gegenüber (Lemma 7).

In der Gesamtschau haben Jung und Alt je nach Fall identische oder unterschiedliche instrumentelle Präferenzen für die Investition ins gute Sterben. In den Fällen c bis f haben sie dieselben instrumentellen Präferenzen, in den Fällen a und b *potenziell* unterschiedliche. Die Alten bevorzugen in den Fällen a und b die Investition, bei den Jungen hängt diese von ihrem epikureischen Optimismus beziehungsweise Pessimismus ab. Bei extremem Pessimismus sind (wie in Lemma 4) nur die Infima für die Entscheidung relevant, in den Erfahrungstupel (L, s) und (l, S) also nur S und s. Weil $S > s$, wird dann für die Investition entschieden. Bei extremem Optimismus sind (wie in Lemma 5) nur die Suprema relevant, also nur L und l. Da $L > l$, verzichten die Jungen auf die Investition. Allgemein gilt, dass in den Fällen a und b Junge und Alte unterschiedliche instrumentelle Präferenzen für die Investition ins gute Sterben haben, wenn der epikureische Optimismus hinreichend groß ist.

Diese Resultate ergeben:

Proposition 1 – Laissez-faire versus Zero-Virus: In den Fällen a und b haben die Alten eine Präferenz für eine Zero-Virus-Strategie und die Jungen für eine Laissez-faire-Strategie, wenn der epikureische Optimismus hinreichend groß ist. Andernfalls haben Jung und Alt in allen Fällen a bis f dieselben instrumentellen Präferenzen.

Proposition 1 ist bemerkenswert, nicht nur weil Harmonie oder Disharmonie der Interessen von Alt und Jung vom *gemeinsamen* intrinsischen epikureischen Optimismus beziehungsweise Pessimismus abhängt, sondern diese Abhängigkeit gerade in jener Präferenzordnung auftritt, die als einzige keine Anomalie aufweist (Fall a). Daraus können Rückschlüsse auf die Plausibilität normativer Aussagen über die Pandemiepolitik gezogen werden.

Die staatliche Investition ins garantiert gute Sterben

Die C19-Politik, die großenteils der Vermeidung des schlechten Sterbens galt, war also eine Investition ins gute Sterben. Doch auf welches normative Fundament war sie gestützt? *In* der Krise haben die politisch Verantwortlichen Anspruch auf Milde für ihr Handeln. Diese Milde gewährt die Krisenheuristik mit ihrem Pardon für die Nichtbeachtung von so vielem, was utilitaristisch nicht ignoriert werden dürfte.[6] Will man darüber hinaus den Verantwortlichen nicht auch noch die meritorische »bessere Einsicht« zugestehen, bleibt nur der methodische Individualismus als Maßstab für die Beurteilung der Pandemiepolitik übrig:

Gedankenexperiment: Angenommen, alle Menschen hätten in der Krise dieselben Präferenzen, wie sie der Krisenheuristik des politischen Entscheidungsträgers zugrunde liegen: Ist die staatliche Maßnahme dann konsistent mit den individuellen Präferenzen?

Wenn der Epikureismus die normative Grundlage der Krisenheuristik ist, ist er in diesem Gedankenexperiment auch für die Präferenzen des sterblichen Daseins zu unterstellen. Das Gedankenexperiment bezieht sich dann auf die Frage der Konsistenz der Pandemiepolitik mit den epikureischen Präferenzen des sterblichen Daseins.

Dieses normative Kriterium ist schwächer als das im Utilitarismus verlangte. Dort wird nach der Konsistenz mit den *tatsächlichen* (offenbarten) Präferenzen der Menschen gefragt. Hier wird stattdessen gefragt: Wenn die Menschen die ethischen Grundsätze der staatlich verfügten

6 An ebenjene Milde hat der damalige Gesundheitsminister Jens Spahn im einleitenden Zitat von Kapitel 4 appelliert.

Krisenheuristik für nachvollziehbar und vernünftig hielten, wenn sie also bereit wären, in der Krise eine besondere Loyalität gegenüber dem Staat zu zeigen, indem sie dessen normative Krisenlogik für sich selbst übernehmen, wäre dann staatliches Handeln konsistent mit dieser individuellen Krisenrationalität?

Diese Konsistenzbedingung legt nicht die gesamte moralische Verantwortung auf die Schultern des Staates, sondern nimmt auch die Bürger mit in die moralische Pflicht.[7] Sie ist die ethische Minimalanforderung an die Pandemiepolitik *in* der Krise, und deren Beurteilung sollte keine lascheren Anforderungen stellen.[8]

Konsistenz lässt sich nur bedingt aus der dritten und fünften Spalte von Tabelle 1 herauslesen. Es lässt sich zwar die Pareto-Effizienz der Investition bestimmen, aber sie hängt von der unterstellten ordinalen Rangierung, den Fällen a bis f, ab. Alle Fälle außer a weisen jedoch Anomalien auf. Die These der Pareto-Effizienz der C19-Infektionsschutzpolitik müsste sich damit in den Fällen b bis f implizit auf die eine oder andere Anomalie stützen.

Wenn man die erforderliche Unterstellung einer solchen Anomalie zum hinreichenden Kriterium für die *Implausibilität* dieser These macht, lassen sich die folgenden Aussagen über die staatliche Investition ins gute Sterben machen:

Folgeaussage 1 – radikaler Libertismus: Die These, dass die Zero-Virus-Strategie im Hinblick auf die Präferenzen des sterblichen Daseins zwingend inkonsistent sei, unterstellt $s > l$ *und ist deshalb implausibel.*

Die Inkonsistenzthese basiert auf der Behauptung, die Beschränkungen der individuellen Freiheit durch die Zero-Covid-Strategie seien schlim-

7 So wie der amtierende Gesundheitsminister Lauterbach in der Impfpflichtdebatte am 13.01.2022 im Bundestag die Bürger mit dem Kant'schen Imperativ in die Pflicht genommen hat.

8 Zur Loyalität Institutionen gegenüber vgl. Hirschman 1970 und die darauf aufbauende umfangreiche Literatur. Loyalität ist neben Fürsorge, Fairness, Respekt vor Autorität und körperlicher und geistiger Reinheit ein moderierender Faktor der moralischen Beurteilung von Verhalten (Moral Foundation Theory). Zum Einfluss dieser Faktoren auf die Befolgung von C19-Schutzvorschriften und -empfehlungen siehe Chan 2021; zum Einfluss der subjektiven gesundheitlichen Vulnerabilität darauf siehe Henderson und Schmall 2021.

mer als das Sterben auf der Intensivstation. Wer behauptet, eine Zero-Virus-Strategie verletze zwingend die Interessen der Bevölkerung, muss sich auf diese extreme These stützen, zumindest wenn ein Bekenntnis zur epikureischen Milde vorliegt. Andernfalls gilt der Vorwurf, unerfüllbare Forderungen an die Rationalität von Entscheidungsträgern in Krisensituationen zu stellen.

Folgeaussage 1 wirft einen Schatten auf die libertäre Kritik an der Zero-Covid-Strategie der chinesischen Staatsführung. Die der Bevölkerung auferlegten Zumutungen waren größer als jene in Europa. Aber das damit verbundene emische Leid der Bevölkerung für schlimmer zu erklären als das individuelle Leid in einem Massensterben unter Laissez-faire-Bedingungen setzt eine radikale libertäre Einstellung voraus.

Folgeaussage 2 – radikaler gesundheitlicher Protektionismus: Die These, dass eine Zero-Virus-Strategie zwingend konsistent mit den Präferenzen des sterblichen Daseins sei, unterstellt $S > L$ und ist deshalb implausibel.

Die Konsistenzthese basiert auf der Behauptung, das gute Sterben sei sogar noch besser als das Leben ohne Beschränkung sozialer Kontakte. Wer behauptet, eine Zero-Virus-Strategie sei vorbehaltlos im Interesse der Gesamtbevölkerung, muss sich auf diese extreme These stützen. Dieser radikale gesundheitliche Protektionismus unterstellt eine ordinal implausibel hohe Rendite der Freiheitsbeschränkung und muss sich der Frage stellen, welcher Wert Freiheit bei Gefahr fürs Leben generell beizumessen ist.

Folgeaussage 3 – Bevorzugung der Alten: Die These, dass eine Zero-Virus-Strategie möglicherweise eine Diskriminierung der Jungen bedeutet (im Sinn der Verletzung des Pareto-Kriteriums), ist plausibel, weil sie konsistent nur mit den Präferenzen $L > l > S > s$ ist.

Die These vom *möglichen* Bias zugunsten der Alten muss keine Anomalie in den Präferenzen unterstellen. Sie ist nicht implausibel. Wenn eine nicht implausible These plausibel ist, ist die These vom möglichen Bias der Pandemiepolitik zugunsten der Alten plausibel.

Pandemiepolitik *in* der Krise birgt in Folgeaussage 3 unvermeidbar die Gefahr der intergenerationellen Ungerechtigkeit. Ein solcher Bias ist eine Diskriminierung und steht im Widerspruch zu einer neutralistischen normativen Theorie, die jeder Entscheidung abverlangt, dass sie

unabhängig davon getroffen wird, *welche* Menschen, *welche* Teile des physischen Raums und *welche* Zeiten davon betroffen werden.[9] Die in Folgeaussage 3 festgestellte Unschärfe ist deshalb ein ethisches Defizit der epikureischen Krisenheuristik, welches es noch zu beseitigen gilt. Denn es bringt Handeln *in* der Krise in ein moralisches Dilemma.

Das moralische Dilemma

Die Folgeaussagen 1 bis 3 über die Pareto-Effizienz einer Zero-Virus-Strategie im Vergleich zu einer Laissez-faire-Strategie basieren auf der Annahme einer in allen, also auch auf die Pandemie bezogenen Belangen homogenen Bevölkerung, die nur in ihren *vor* der Pandemie gemachten Erfahrungen Unterschiede aufweist. Das aber heißt bei gegebenen epikureischen Präferenzen, dass Menschen dann auch unterschiedliche Interessen *in* der Pandemie bezüglich ihrer weiteren Planung ihres sterblichen Daseins haben. Dies ist der Spaltpilz in der Gesellschaft und die fundamentale Herausforderung für die Pandemiepolitik *in* der Krise: Selbst dann, wenn eine Pandemie die Bevölkerung medizinisch nicht spaltet – was in der Omikron-Phase eher der Fall war –, bleibt die Gefahr der Spaltung der Interessenlagen.

Konfliktlinien quer durch die Bevölkerung laufen dann nicht (nur) zwischen rationalem und irrationalem Verhalten, wie sie in der C19-Pandemie zu den »Querdenkern« medial gezogen wurden. Sie laufen auch zwischen rationalen Menschen. Und in der epikureischen Rationalität gilt: Je unterschiedlicher die Erfahrungen sind, mit denen die Menschen in eine Krise hineingehen, desto unterschiedlicher sind ihre instrumentellen Präferenzen, die ihnen ihre gemeinsame Rationalität aufzwingt – auch wenn sie sonst identische Klone und medizinisch von der Pandemie gleich betroffen sind. Appelle an die Vernunft laufen dann ins Leere.[10]

Die Unschärfe in der Folgeaussage 3 ist der Milde geschuldet, die die Pandemiepolitik *in* der Krise verdient. Sie könnte durch den poli-

9 Temkin 2015.

10 Unvernunft war ein Phänomen der C19-Pandemie. Aber das pauschale Abstempeln von (Fundamental-)Kritikern als Irrationale war ungerechtfertigt. Es war sogar kontraproduktiv, soweit es das Gefühl der Schmähung durch die politischen, medialen und Bildungseliten hinterlassen hat.

tischen Entscheidungsträger beseitigt werden, indem er den epikureischen Optimismus beziehungsweise Pessimismus mit empirischen Methoden wissenschaftlich feststellen lassen würde. Dafür fehlt aber die Zeit. Es bleibt ihm also nichts übrig, als entweder ins Ungewisse abzuwägen und die normative Unschärfe zu ertragen oder meritorisch zu handeln.

Die erste Möglichkeit entspräche der Überlegung, dass man bei einer aufgenötigten Wahl zwischen Regen und Traufe gar nicht unmoralisch handeln kann. Die Entscheidung über den Bias in die eine oder andere Richtung kann dann dem Würfelspiel überlassen werden. Die Pandemiepolitik *in* der Krise setzt sich so zwar nicht dem Vorwurf der Willkür aus, schafft dafür aber ein Transparenzproblem: Die Bevölkerung würde einer Regierung mit Unverständnis begegnen, von der sie wüsste oder vermutete, dass sie den Entscheid zwischen Sicherung des guten Sterbens und der individuellen Freiheit dem Würfelspiel überlässt. Die zweite Möglichkeit wäre, *ex cathedra* den epikureischen Pessimismus zu verkünden und damit den Alten lexikografisch Vorrang einzuräumen. Dies widerspräche aber dem Abwägungsgebot iii der Krisenheuristik.

Dies ist das moralische Dilemma des Staates:

Epikureisches Dilemma: Ohne Pandemiepolitik für *die Krise muss der Staat* in der Krise *entweder die Gefahr der Diskriminierung in Kauf nehmen, Intransparenz Vorschub leisten oder gegen den ethischen Grundsatz iii der Krisenheuristik (Abwägungsgebot) verstoßen.*

Hier wird der Staat *in* der Krise von seinem Versäumnis *vor* der Krise eingeholt. Er hat der Prokrastination seine moralische Unschuld geopfert. Das moralische Dilemma wird spätestens dann virulent, wenn, wie in der Omikron-Phase, das Infektionsgeschehen die gesamte Bevölkerung annähernd gleich erfasst.

Die Unverzeihbarkeit des moralischen Dilemmas

Die Trägheit der deutschen Pandemiepolitik *für* die Krise trotz Kenntnis des RKI-Berichts über die Modi-SARS-Simulation ist ein Beispiel solcher Prokrastination. Sie war nicht nur in Deutschland festzustellen. Das Chaos bei der Beschaffung von Schutzmasken und Desinfektionsmitteln in der ersten Phase empfohlener Infektionsschutzmaßnahmen,

das zum Bruch internationaler Lieferverträge führte, zu rücksichtslosem Protektionismus selbst innerhalb der EU und zur wochenlangen Trennung von Familien durch Grenzzäune mitten im Schengenraum, ist nur ein frühes Beispiel für die Schäden dieser Prokrastination. Spätere Beispiele sind der Dilettantismus in der Entwicklung von Contact-Tracing-Apps und der Lindwurm der für den Normalbetrieb gemachten Gesundheitsbürokratie, der mit bleierner Schwere den Krisenmodus belastete. Oder die Debatten für und wider Schulschließung und Wechselunterricht, die jede Viruswelle begleiteten, fast so, als ob sie jeweils die erste wäre.[11] *Tempi passati?*

Vergangen sind diese Zeiten insofern, als politische Quittungen nicht mehr ausgestellt werden, keineswegs vorbei sind sie aber im Hinblick auf die Lehren, die daraus gezogen wurden und werden. Entscheidungsträger verdienen zwar Milde für ihr Tun *in* der Krise, aber systematische Fehler dürfen sich nicht wiederholen. Daraus folgt: Die C19-Pandemiepolitik muss aufgearbeitet werden, um so zu einer systematisch entwickelten Pandemiepolitik *für* die Krise zu kommen und sich für die nächste Pandemiepolitik *in* der Krise zu wappnen, einschließlich der Vorbereitung auf extreme Maßnahmen wie eine Zero-Virus- oder Laissez-faire-Strategie. Dieser prophylaktische Pandemieschutz ist nicht nur zweckdienlich und langfristig kostengünstig, sondern vor allem ethisch alternativlos.

Die ethische Unabdingbarkeit einer Pandemiepolitik *für* die Krise folgt aus der Frage, ob »Sollen« *in* der Krise »Können« impliziert, was der moralische Glücksfall wäre, aber auch zum moralischen Handeln verpflichtet. Oder ob die Politik etwas soll, was sie nicht kann, was moralisches Pech wäre, aber unmoralisches Handeln verzeihbar machte.[12] Im moralischen Glücksfall ist unmoralisches Handeln hingegen unverzeihlich. Das epikureische Dilemma ist aber ein Fall von moralischem Pech *nur in* der Pandemie: »Sollen« und »Können« fallen *nur dort* auseinander, und unmoralisches Handeln hat *nur dort* Anspruch auf ein mildes Urteil.

Nur unter der Voraussetzung, dass frühere Präzedenzfälle von SARS-Ausbrüchen in Asien nicht bekannt gewesen wären oder in

11 Solche Schäden der Prokrastination legen die Kontraproduktivität von Angaben zur Wahrscheinlichkeit des Katastrophenfalls in Katastrophensimulationen offen. Die vom RKI angegebene Häufigkeit von eins in 100 bis 1000 Jahren dürfte die Pandemiepolitik *für* die Krise eher gelähmt als wachgerüttelt haben.

12 Sorensen 2006.

Deutschland kein RKI-Bericht vorgelegen hätte, wären moralische Verfehlungen der Pandemiepolitik *in* der Krise wie die individuell unverschuldete Erbsünde zu beurteilen. Zu keinem früheren Zeitpunkt hätte man auf der Grundlage von Erfahrung und Kenntnis durch geeignetes Handeln Vorsorge treffen können, dass das Dilemma und damit die Diskrepanz zwischen Sollen und Können nicht entsteht. Handeln im Dilemma wäre dann wie die Erbsünde verzeihlich. Als *Terminus technicus* mag der Begriff »Katastrophenfall« Aufmerksamkeit verschafft haben, aber er insinuiert auch diesen moralischen Erbsündenfall und reklamiert damit die Verzeihbarkeit unmoralischen Handelns.[13]

Die C19-Pandemie war aber kein Erbsündenfall. Denn mit der Kenntnis von Präzedenzfällen und der Modi-SARS-Simulation lag der moralische Glücksfall vor. Es hätte in den sieben Jahren von Anfang 2013 bis Ende 2019 gehandelt und die staatliche Infrastruktur und Organisation für die Pandemiepolitik *in* der Krise ertüchtigt werden können. Obwohl *in* der Krise »Sollen« und »Können« in der Entscheidung zwischen Zero-Virus und Laissez-faire auseinanderfielen, kann die Unvermeidbarkeit der potenziellen Diskriminierung der Jungen durch die C19-Politik keine Milde beanspruchen. Sie bleibt unmoralisch aufgrund von Prokrastination. Daran ändert auch nichts, dass die C19-Politik sich weder ganz auf die Seite von Null Covid noch ganz auf die Seite von Laissez-faire geschlagen, sondern sich mit Varianten des graduellen Infektionsschutzes durchlaviert hat.

Gradueller Infektionsschutz

Gradueller Infektionsschutz nimmt die Ungewissheit darüber in Kauf, ob das sterbliche Dasein trotz der Einschränkung von Freiheit, dafür ohne das Diktat einer Zero-Virus-Strategie die Erfahrung des guten oder schlechten Sterbens machen wird. Eine bekannte Gegenwart trifft auf eine ungewisse Zukunft. Wie ist der graduelle Infektionsschutz im Gedankenexperiment zu beurteilen?

Der Grad des Infektionsschutzes sei φ mit $0 \leq \varphi \leq 1$. Laissez-faire ist $\varphi = 0$, und $\varphi = 1$ ist die Zero-Virus-Strategie. Der Grad des Infektionsschutzes, konkret die Strenge seiner Maßnahmen, bestimmt das

---

13 Zum Beispiel die Bezeichnung der C19-Pandemie als Naturkatastrophe durch den Virologen Christian Drosten (Vogt 2020).

unter ihm führbare Leben $l(\varphi)$. Je strenger sie sind, umso unfreier und unglücklicher das führbare Leben, das heißt $l'(\varphi) < 0$ im Definitionsbereich $L \geq l(\varphi) \geq l$.

Im Laissez-faire ist das schlechte Sterben garantiert und damit das Erfahrungstupel (L, s). Die Zero-Virus-Strategie garantiert das gute Sterben und das Erfahrungstupel (l, S). Dazwischen, $0 < \varphi < 1$, ist die Sterbeerfahrung ungewiss, sie ist entweder S oder s. Es wird im Folgenden angenommen, dass das sterbliche Dasein im Krisenmodus alle führbaren Formen des Lebens allen Formen des möglichen Sterbens vorzieht. Dann gelten die intrinsischen Präferenzen von Fall a aus Tabelle 1 in erweiterter Form:

$$L \geq l(\varphi) \geq l > S > s \quad \text{für}\, 0 \leq \varphi \leq 1 \tag{10}$$

Je strenger die Infektionsschutzmaßnahmen, umso größer die Chancen aufs gute Sterben. Mit der Normierung $s \equiv 0$ ist der Infektionsschutz deshalb eine Investition in den Erwartungswert des guten Sterbens, $\varphi \cdot S$, mit einer marginalen Rendite S und marginalen Investitionskosten $l'(\varphi)$.

Mit einer VNM-Zielfunktion könnte die optimale Investition φ^* bestimmt werden, die den Erwartungsnutzen des sterblichen Daseins für das Sterberisiko $\varphi \cdot S$ maximiert. Dies ist aber aus zwei Gründen keine Option.

Erstens, es fehlt in der Praxis die Kenntnis des genauen Zusammenhangs zwischen Kosten und Rendite der Investition. Was die C19-Pandemie eindrücklich belegt: Obwohl eine große Übereinstimmung zwischen den im RKI-Bericht unterstellten Infektionseigenschaften der simulierten Modi-SARS-Variante und dem tatsächlichen C19-Virus besteht, liegen die dort angenommene und die tatsächliche Letalität sowohl im Hinblick auf die Gesamtzahl der Todesfälle wie auch deren Verteilung in der Bevölkerung weit auseinander. Dieses Informationsdefizit der Pandemiepolitik *für* die C19-Krise wurde *in* der C19-Krise durch die Mutationsdynamik potenziert: Die Lernkurve der C19-Politik wurde durch die Mutationen immer wieder auf näher null gesetzt. Das utilitaristische Erwartungsnutzenkalkül ist *in* der Krise unbrauchbar. Es braucht ein weniger voraussetzungsreiches Konzept.[14]

14 Warnungen vor künftigen Mutationen, die die Infektiosität von Omikron und die Letalität von Delta vereinen, wie im Januar 2022 von Gesundheitsminister

Zweitens, das Erwartungsnutzenkalkül liegt quer zur epikureischen Krisenrationalität. Im vorliegenden Fall würde das Erwartungsnutzenkalkül die Bestimmung eines gewichteten Durchschnitts der beiden mentalen Zustände des guten und schlechten Sterbens verlangen. Was ist aber die Ontologie einer Mischung zweier mentaler Zustände, die wie S und s sich gegenseitig ausschließen? In den Wert des epikureischen sterblichen Daseins fließt nur ein, was Supremum oder Infimum des *tatsächlich* geführten Daseins ist oder sein wird. Und eine Mischung aus sich gegenseitig ausschließenden mentalen Zuständen kann nicht Bestandteil eines tatsächlich erlebten und erlebbaren mentalen Zustands sein und damit kein Bestandteil eines tatsächlich geführten Lebens, was auch immer es sein mag. Nicht im Rückblick auf dieses Leben und nicht im Ausblick darauf. Die Aussicht auf ein sich gegenseitig ausschließendes, ungewisses Sterben braucht in der epikureischen Rationalität eine andere Behandlung als durch das Erwartungsnutzenkalkül. Eine Möglichkeit ist das folgende

Axiom 3 – Minimax und Minimin bei sich ausschließenden mentalen Zuständen: Sofern sich gegenseitig ausschließende mentale Zustände Supremum oder Infimum sein können, fließt nur deren jeweils kleinster Wert in die Ex-ante-Gesamtbewertung des sterblichen Daseins ein.

Das Axiom postuliert eine Grundvorsicht nach dem Motto »Hope whatever you want and expect the worst«. Wenn Ungewissheit besteht, welche der Möglichkeiten fürs Infimum, S oder s, Teil des tatsächlich gelebten Lebens sein wird, lässt Axiom 3 den Epikureer mit dem schlimmsten Ausgang s rechnen und den besseren Ausgang S lediglich als unkalkulierbares Geschenk an sein tatsächlich geführtes Leben annehmen. Dasselbe gilt fürs Supremum: Bei zwei sich gegenseitig ausschließenden

---

Lauterbach geäußert, reduzieren die VNM-Planbarkeit des Infektionsschutzes weiter. Leonard Savages Metapher von der kleinen und großen Welt trifft auf die Besonderheiten einer Pandemie zu: In der kleinen Welt ist es immer möglich vorauszublicken, bevor man springt, in der großen Welt gibt es einige Brücken, die man nicht überqueren kann, bevor man sie erreicht (Binmore 2008). Pandemiepolitik *in* der Krise ist voller solcher Brücken, die eine Masterplanung mit dem Erwartungsnutzenkalkül verunmöglichen.

Möglichkeiten kalkuliert der Epikureer stets mit der schlechteren und nimmt die bessere als unkalkulierbares Geschenk an.[15]

Der Epikureer plant selbst dann mit dem schlechten Sterben, wenn die Chancen aufs gute Sterben gut sind. Dies macht den graduellen Infektionsschutz φ zu einem stumpfen Schwert: Feinsteuerung im Infektionsschutz bleibt weitgehend ohne Wirkung auf die Beurteilung der Folgen fürs Sterben. Diese Unsensibilität der Bewertung des Infektionsschutzes wäre ein Nachteil für die Pandemiepolitik *für* die Krise, hat *in* der Krise aber den Vorteil, dass die Entscheidungsträger nicht im Unterholz von Detailabwägungen stecken bleiben. Mit Axiom 3 lassen sich die instrumentellen Präferenzen des Epikureers für Infektionsschutz mit ungewissem Ausgang für die Sterbeerfahrung bestimmen.

Um den Vergleich des graduellen Infektionsschutzes mit den Extremvarianten Laissez-faire und Zero-Virus zu erleichtern, wird im Folgenden unterstellt, dass Jung und Alt jene epikureischen Optimisten sind, die in Proposition 1 (S. 118) zu unterschiedlichen instrumentellen Präferenzen führen. Damit gilt das Tupelranking

$$(L, s) \prec (l, S) \tag{11}$$

das heißt, als epikureische Optimisten ziehen Jung und Alt ein Leben mit extremen Erfahrungen einem Leben mit moderaten vor. Sie unterscheiden sich annahmegemäß aber weiterhin darin, dass die Alten schon auf

15 Binmore 2016 bleibt unklar in seinen Argumenten pro und contra Erwartungsnutzenkalkül im Epikureismus. Zunächst argumentiert er pro Erwartungsnutzenkalkül auch für den Epikureismus, nur um später Risiko im Entscheidungsproblem zur Vermeidung von Interpretationsproblemen der folgenden Art auszuschließen: Ein mentaler Zustand sei auch, wenn jemand von seiner Frau betrogen würde, ohne es je gemerkt zu haben. Wie könne ein solcher Zustand den Wert seines Lebens anders beeinflussen, als wenn sie ihm stets treu geblieben wäre? Binmore scheint das Problem dadurch umschiffen zu wollen, dass der Epikureer Untreue ausschließt und sein Dasein so plant, als ob nicht beobachtbare Untreue ausgeschlossen sei, er also den besseren von zwei ungewissen Zuständen als sicher unterstellt. Axiom 3 lässt dieses Dasein hingegen in »Expect-the-worst«-Manier planen und vom denkbar schlimmsten mentalen Zustand ausgehen, mit der Treue als ein Glücksfall, der zwar nicht die Ex-ante-Bewertung künftiger Erfahrungen beeinflusst, aber die Risikovermeidung ins Entscheidungskalkül hineinbringt.

die Erfahrung L zurückblicken. Die Frage ist, ob mit den Möglichkeiten des graduellen Infektionsschutzes das in Folgeaussage 3 (Bevorzugung der Alten) steckende ethische Problem der Pandemiepolitik *in* der Krise vermieden werden kann.

Mit den intrinsischen Präferenzen (10) und (11) gilt das folgende Ranking der möglichen Erfahrungstupel:

$$(L, S) \prec (L, s) \asymp [l(\varphi_1), S] \preccurlyeq [l(\varphi), S] \\ \prec [l(\varphi), s] \preccurlyeq [l(\varphi_2), s] \asymp (l, S) \prec (l, s) \quad (12)$$

für $0 < \varphi_1 \leq \varphi \leq \varphi_2 < 1$. Es folgt unmittelbar, dass die Alten von allen möglichen Infektionsschutzmaßnahmen die Zero-Virus-Strategie, $\varphi = 1$, vorziehen, weil Zero-Virus ihnen S und damit das bestmögliche Erfahrungstupel (L, S) garantiert. Die Möglichkeiten des graduellen Infektionsschutzes zwischen Laissez-faire und Zero-Virus ändern nichts an ihrer instrumentellen Präferenz für die Zero-Virus-Strategie.

Welche instrumentellen Präferenzen haben die Jungen? Tabelle 2 fasst sie zusammen.

Tabelle 2: Gradueller Infektionsschutz zwischen Zero-Virus und Laissez-faire

Fall a: $L > l > S > s$	Alte (mit Erlebnis L)		Junge (ohne Erlebnisse)	
	Bereich	Präferenz	Bereich	Präferenz
	$0 \leq \varphi \leq 1$	Zero-Virus	$0 \leq \varphi \leq \varphi_2$	Laissez-faire
			$\varphi_2 \leq \varphi \leq 1$	Zero-Virus

Im Wertebereich des graduellen Infektionsschutzes $\varphi_1 \leq \varphi \leq \varphi_2$ gilt $[l(\varphi_1), s] \preccurlyeq [l(\varphi), s] \preccurlyeq [l(\varphi_2), s]$, sodass im Fall der schlechteren Sterbeerfahrung der Wert des sterblichen Daseins größer wird, je schwächer die Infektionsschutzmaßnahmen sind. Mit Axiom 3 präferieren die Jungen den am wenigsten strengen Infektionsschutz φ_1. Den besseren Ausgang nehmen sie lediglich als unkalkulierbares Geschenk an ihr tatsächlich geführtes Leben an. Die in Axiom 3 steckende Vorsicht bei der Lebensplanung macht den Infektionsschutz zu einem

stumpfen Schwert, dessen sicheren Kosten kein kalkulierbarer künftiger Nutzen gegenübersteht, solange noch ein minimales Risiko des schlechten Sterbens weiterbesteht. Diese Vorsicht in der epikureischen Ex-ante-Bewertung des sterblichen Daseins führt in Kombination mit dem epikureischen Optimismus bei der Gewichtung von Infimum und Supremum zur Inkaufnahme des höchsten Risikos, nämlich eines schlechten Sterbens. Wie bei der Wahl zwischen Laissez-faire und Zero-Virus präferieren die jungen epikureischen Optimisten die größtmögliche Freiheit im Leben. Die verbesserte Aussicht auf das gute Sterben, die der graduelle Infektionsschutz offeriert, hat im Bereich $\varphi_1 \leq \varphi \leq \varphi_2$ keinen Einfluss auf die instrumentellen Präferenzen der Jungen.

Die Ungewissheit der Sterbeerfahrung beeinflusst aber die instrumentellen Präferenzen der Jungen im Bereich $\varphi_2 < \varphi \leq 1$. Beim Infektionsschutz φ_2 gilt $[l(\varphi_2), s] \asymp (l, S)$, das heißt, der Epikureer ist indifferent gegenüber den sicheren Folgen der Zero-Virus-Strategie und dem weniger strengen Infektionsschutz φ_2, der das schlechte Sterben nicht ganz verhindern kann, das somit gemäß Axiom 3 in die Bewertung dieses Infektionsschutzes einfließt. Diese Indifferenz betrifft den Trade-off zwischen einem extrem geführten Dasein mit besserem Leben und schlechterem Sterben und einem moderater geführten Dasein mit schlechterem Leben und besserem Sterben.

Im Bereich $\varphi_2 < \varphi \leq 1$ wird die im Infektionsschutz φ verbleibende Ungewissheit über die Art des Sterbens dem jungen Epikureer zur Last. Es gilt dann $[l(\varphi_2), s] \asymp (l, S) \prec [l(\varphi), s] \preccurlyeq (l, s)$. Im schlimmen Fall des schlechten Sterbens ist für $\varphi_2 < \varphi < 1$ der Wert des sterblichen Daseins geringer als unter der Zero-Virus-Strategie, obwohl dem Leben noch größere Freiheit bleibt. Gemäß Axiom 3 rechnet der Epikureer bei Ungewissheit mit diesem schlimmen Fall. Unter den Infektionsschutzmaßnahmen $\varphi_2 < \varphi \leq 1$ präferieren die Jungen deshalb die Zero-Virus-Strategie, die das gute Sterben S garantiert. Der Totalschutz gibt die Sicherheit vor dem Wertverlust, der im Unterschied zwischen S und s steckt, der geringe Verbesserungen in der Freiheit der Lebensführung überkompensiert. Ab einem Grad $\varphi_2$der Einschränkung ihrer Freiheit ziehen die Jungen einer weiteren marginalen Verschärfung des Infektionsschutzes den abrupten Übergang zur Zero-Virus-Strategie vor. Die Jungen werden vom Saulus zum Paulus des Infektionsschutzes.

Beim Infektionsschutz φ_1 gilt $[l(\varphi_1), S] \asymp (L, s)$, das heißt, es gilt Indifferenz gegenüber den sicheren Konsequenzen von Laissez-faire und dem (etwas) strengeren Infektionsschutz φ_1, falls die da-

mit geschaffene (geringe) Chance aufs gute Sterben tatsächlich auch darin endet. Der Infektionsschutzbereich $0 < \varphi < \varphi_1$ offeriert deshalb eigentlich eine Wette auf diesen guten Ausgang, denn dort gilt $(L, S) \prec [l(\varphi), S] \prec (L, s)$. Das sterbliche Dasein könnte diese Wette eingehen und mit geringen persönlichen Einschränkungen zugunsten des Infektionsschutzes darauf spekulieren, dass ihm das schlechte Sterben erspart bleibt.

Es sind Wetten wie diese, die Axiom 3 unterbindet. Der Zwang zur Vorsicht in Form einer Planung nur mit dem schlechtesten Ausgang s verhindert Wetten, in denen ein sehr hohes Risiko, auf der Intensivstation zu sterben, nur deshalb in Kauf genommen wird, weil immer noch die Chance bleibt, ihm zu entrinnen. Mit Axiom 3 spielt der Epikureer solche Wetten nicht. Deshalb präferieren die Jungen im Bereich $0 < \varphi < \varphi_2$ totales Laissez-faire mit der Konsequenz des sicheren schlechten Sterbens (L, s) gegenüber allen Formen des graduellen Infektionsschutzes. Sie tun dies allein wegen ihrer intrinsischen Präferenzen (10) (S. 126), nach denen jede mögliche Form des Lebens höher bewertet ist als jede mögliche Art des Sterbens.

Da $[l(\varphi), s] \preccurlyeq [l(\varphi_2), s] \asymp (l, S)$ für $0 \leq \varphi < \varphi_2$, wird im gesamten Definitionsbereich des Infektionsschutzes, $0 \leq \varphi < 1$, von den Jungen Laissez-faire jeder Art von Schutzmaßnahmen vorgezogen, wenn Infektionsschutzniveau $\varphi_2 > 0$ unterschritten werden kann.

Epikureischer Pessimismus bedingt andere instrumentelle Präferenzen. Ist er hinreichend groß, gilt $(L, s) \succ (l, S)$ und deshalb

$$\begin{aligned}&(L, S) \prec (L, s) \asymp [l(\varphi_1), S] \succcurlyeq [l(\varphi), S] \\ &\succ [l(\varphi), s] \succcurlyeq [l(\varphi_2), s] \asymp (l, S) \prec (l, s)\end{aligned} \tag{13}$$

für $0 < \varphi_1 \leq \varphi \leq \varphi_2 < 1$. Mit der gemachten Erfahrung L ziehen die Alten aus denselben Gründen die Zero-Virus-Strategie allen anderen Alternativen des Infektionsschutzes vor, was ihnen das bestmögliche Erfahrungstupel (L, S) sichert. Die Jungen präferieren im Bereich $\varphi_1 \leq \varphi \leq \varphi_2$ ebenfalls den stärksten Infektionsschutz φ_2, der sie auf einen Wert ihres Daseins bringt wie im Fall der Zero-Virus-Strategie, (l, S). Im Bereich $\varphi_2 < \varphi < 1$ ziehen sie wegen Axiom 3 die Zero-Virus-Strategie jedem geringeren Infektionsschutz vor. Im Bereich $0 < \varphi < \varphi_1$ untersagt Axiom 3 die Wette auf ein fast unbeschwertes Leben in der Hoffnung auf die gute Sterbeerfahrung. Damit präferieren auch die Jungen im gesamten Definitionsbereich des Infektionsschutzes

$0 \leq \varphi \leq 1$ die Zero-Virus-Strategie, und die instrumentellen Präferenzen von Jung und Alt harmonieren.

Die instrumentellen Präferenzen von Jung und Alt über graduellen Infektionsschutz lassen sich zusammenfassen in:

Proposition 2 – gradueller Infektionsschutz: Im Fall der intrinsischen Präferenzen (10) haben die Alten eine Präferenz für die Zero-Virus-Strategie vor allen schwächeren Formen des Infektionsschutzes. Die Jungen haben dieselbe instrumentelle Präferenz nur bei hinreichend großem epikureischem Pessimismus, ansonsten bevorzugen sie Laissez-faire vor allen Formen des Infektionsschutzes, wenn das Schutzniveau φ_2, $0 < \varphi_2 < 1$, *unterschritten werden kann. Sie bevorzugen die Zero-Virus-Strategie, wenn* φ_2 *der minimale Infektionsschutz ist.*[16]

Im Vergleich zu Proposition 1 (S. 118) ändern die Möglichkeiten des graduellen Infektionsschutzes die instrumentellen Präferenzen nur durch die Existenz eines kritischen intermediären Schutzniveaus φ_2, und nur dann, wenn dieses Schutzniveau als Minimalschutz festgelegt ist.

Infektionsschutzpolitik

In der C19-Pandemie wurde in einigen Ländern zeitweise nach dem Prinzip Hoffnung verfahren – in England zu Beginn der Pandemie, in den USA unter Donald Trump und in Brasilien unter Jair Bolsonaro. Mit seinem Zwang zur pessimistischen Bewertung des sterblichen Daseins verbietet Axiom 3 eine Infektionsschutzpolitik, die auf das Prinzip Hoffnung baut.

16 Proposition 2 löst Binmores Untreueproblem auf folgende Weise: Auf das gute Leben bereits zurückblickend, wird das Leben im Alter so weitergeführt, dass es den geringstmöglichen Anlass zur Untreue gibt. In der Jugend führt der epikureische Optimist ein Leben ohne Rücksicht auf dessen Wirkung auf die Treue des Partners. Nur wenn Normen und Tabus eine Partnerschaft diktieren, die eine hohe Chance auf Treue sicherstellen, führen auch Junge ihr Leben so, wie es dem Erhalt der Treue am meisten förderlich ist. Normen und Tabus zugunsten von partnerschaftlicher Treue können damit als eine epikureische Institution verstanden werden, die den gesellschaftlichen Zusammenhalt innerhalb des partnerschaftlichen Lebens stärken hilft.

Ebendieses Verbot erlegten sich viele andere Länder auf, indem sie einen rigoroseren Infektionsschutz nach dem Prinzip »expect the worst« implementierten. Ihre Infektionsschutzpolitik ähnelte der epikureischen Rationalität von Axiom 3, wobei es graduelle Unterschiede gab: relativ moderater Infektionsschutz zum Beispiel in einigen osteuropäischen Ländern und der Schweiz mit entsprechend höherem Infektionsgeschehen, ein strengeres Regime unter anderem in Deutschland, Österreich und Italien und (Quasi-)Zero-Covid-Strategien in China, Australien, Neuseeland und zahlreichen pazifischen Inselstaaten, mit gelegentlichen Neuausbrüchen, die augenblicklich mit der ganzen Macht des Staates bekämpft wurden.

Für (temporäre) Unterschiede in der Infektionsschutzpolitik gibt es diverse Gründe: neue wissenschaftliche Erkenntnisse und deren Beurteilung, Mutationen, die Länder und Regionen zu unterschiedlichen Zeiten heimsuchen, Unterschiede in Kapazität und Resilienz von Gesundheitssystemen, Geografie, Demografie und Wirtschaft sowie in der allgemeinen Lebensweise. Mit Proposition 2 gehören aber graduelle Unterschiede in der Befindlichkeit der Bevölkerung gegenüber dem Infektionsschutz explizit nicht dazu.

Graduelle Unterschiede in Freiheitsliebe oder der Angst vor dem Sterben zwischen Bergregionen und flachem Land, Stadt und Land oder zwischen Kulturräumen schlagen in der verwesentlichten epikureischen Krisenrationalität nicht bis auf regional differenzierte Unterschiede in den instrumentellen Präferenzen durch. Geografisches Klein-Klein im Infektionsschutz aus *solchen* Gründen ist deshalb falsch. Das stumpfe Schwert des graduellen Infektionsschutzes im epikureischen Dasein legitimiert vielmehr die äußerst krisentaugliche Fokussierung auf wenige Grundalternativen. Bei jeder Änderung der Inzidenz um noch die feinste Anpassungsnuance im Infektionsschutz zu ringen war Zeit- und Ressourcenverschwendung.

Proposition 2 erlaubt und verlangt von der Pandemiepolitik die Abkehr von der Kurzatmigkeit immer neuer Salven exakt ausdifferenzierter Vorsorgemaßnahmen (AHA-Regel) und Testpflichten ([2,3]G-Regel). In der epikureischen Krisenrationalität rangieren sie unter Belanglosigkeiten, solange sie nicht gegen den Grundsatz von Effektivität und Effizienz verstoßen.[17] Die epikureische Krisenrationalität begegnet

---

17 Das Schließen der Gastronomie in der C19-Krise war ineffizient im Vergleich zum durchdachten Infektionsschutz *in* der Gastronomie. Das Schließen der Au-

dem Hyperventilieren in täglichen Sondersendungen und Talkshows oder den permanenten Wasserstandsmeldungen von Inzidenzen im Null-Komma-Promille-Bereich mit Gleichmut. Ob FFP2-Masken zu tragen sind oder OP-Masken ausreichen, ob Fußballstadien halb- oder viertelvoll sein dürfen, ob zu Hause zwei oder drei Gäste aus einem anderen Haushalt sein dürfen, ob die Sperrstunde um zehn Uhr oder um Mitternacht beginnt, ist für den Epikureer nicht von Belang. Was einzig zählt, ist die Fähigkeit zur autonomen Lebensführung und das Risiko des schlechten Sterbens.

Diese epikureische Verwesentlichung ermöglicht und verlangt eine Pandemiepolitik *in* der Krise mit einem Schutzschild gegen ständige Änderungen und Ausdifferenzierungen in Raum und Zeit und dafür einem Fokus auf das Wesentliche: die Grundfreiheit des Menschen und den Schutz vor dem schlechten Sterben. Das sind die großen Linien der Pandemiepolitik. Emergentes Wissen um Long Covid zum Beispiel bleibt so lange unberücksichtigt, solange das Risiko von C19-Toten auf den Intensivstationen nicht (praktisch) gebannt ist und Long Covid nicht zu einer noch schlimmeren Erfahrung als das schlechte Sterben wird. Die epikureische Pandemiepolitik *in* der Krise verschwendet keinen Gedanken an die Feinsteuerung des Infektionsschutzes, solange zum Beispiel Fragen wie die von Familientreffen an Festtagen nicht geklärt sind. Diese Überlegungen münden in

Folgeaussage 4 – Infektionsschutz für Infimum und Supremum: Rationaler Infektionsschutz in der Krise fokussiert auf Verbesserung oder Sicherung von Supremum und Infimum und ist robust gegenüber Einflussfaktoren intermediärer Erfahrungen des sterblichen Daseins.

Anreizsteuerung über die Intensivstation

Der graduelle Infektionsschutz eröffnet der Pandemiepolitik *für* die Krise eine Möglichkeit, den allfälligen Bias zugunsten der Alten zu vermeiden und zugleich die Kooperationsbereitschaft in der Bevölkerung

ßengastronomie war sogar kontraproduktiv durch die Verdrängung des sozialen Lebens in private Innenräume mit höherem Infektionsrisiko. Das erste verschlechterte das Supremum, ohne das Infimum zu verbessern, das zweite verschlechterte sogar beide.

beim Infektionsschutz zu heben. Es kann ein minimaler Infektionsschutz φ^{min} festgelegt werden: Was auch immer an Verbesserungen im Leben durch dessen Unterschreitung möglich wäre, wird zur lexikografisch unzulässigen Gefährdung des Lebens erklärt. Wenn $\varphi_2 \leq \varphi^{min}$, wird gemäß Proposition 2 die Möglichkeit der Diskriminierung der Jungen und das epikureische Dilemma *in* der nächsten Krise vermieden. Und die damit verbundene Förderung der Kooperation beim Infektionsschutz macht sie zum Win-win. Voraussetzung ist allerdings eine diskursethisch korrekte Abarbeitung des Trade-offs zwischen der Vermeidung des Dilemmas und der damit einhergehenden Einschränkung der Freiheit.

Dieser Diskurs hat unter mindestens einer Ungewissheit zu erfolgen: In Unkenntnis der epidemiologischen und klinischen Eigenschaften künftiger Erreger kann die Untergrenze φ^{min} der *Maßnahmen* des Infektionsschutzes nicht schon in der Pandemiepolitik *für* die Krise festgelegt werden, sondern muss aus allgemeinen Grundsätzen des Schutzziels von Leib und Leben herleitbar sein. Dazu kann φ^{min} rekursiv aus Zielgrößen der Intensivpflege operationalisiert werden. Diese Zielgrößen müssen bereits in der Pandemiepolitik *für* die Krise bestimmt werden: Maximal x Prozent der Intensivkapazitäten dürfen für Pandemiekranke genutzt werden. An dieser Obergrenze im Intensivpflegebereich muss sich der Infektionsschutz φ^{min} *in* der Krise orientieren: Er ist im Minimum so auszurichten, dass er nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft eine Überschreitung der x-Prozentgrenze verhindert. Wenn die Obergrenze x in der Intensivmedizin so festgesetzt ist, dass $\varphi_2 < \varphi^{min} < 1$, hat die Pandemiepolitik *für* die Krise das epikureische Dilemma *in* der Krise vermieden und zugleich die volle Kooperation der Bevölkerung beim Infektionsschutz hergestellt.

Politikdesign 1 – Intensivpflege: Durch die Festlegung einer maximalen Auslastung x der Intensivstationen mit Pandemiekranken und der rekursiven Bestimmung des daraus folgenden minimalen Infektionsschutzes φ^{min}, sodass $\varphi_2 \leq \varphi^{min} < 1$, kann das unvermeidbare ethische Dilemma von Folgeaussage 3 in der Pandemiepolitik für *die Krise vermieden und die Kooperationsbereitschaft der Bevölkerung beim Pandemieschutz verbessert werden.*

Der über Politikdesign 1 zu führende konkrete Diskurs betrifft also den Trade-off zwischen den ethischen Vorteilen der politischen Selbstbindung bei der zukünftigen Intensivkapazitätsauslastung durch Pande-

miepatienten, x, und den Freiheitskosten, die durch die künstliche Verknappung x in ungewisser Höhe, φ^{min}, in Kauf zu nehmen sind. Politikdesign 1 ist ein Beispiel dafür, wie groß die in der Pandemiepolitik *für* die Krise bestehenden Chancen, aber auch die anstehenden Herausforderungen sind.

Der C19-Infektionsschutz (in Deutschland) orientierte sich ab Herbst 2021 stärker an der Intensivpflegeauslastung, nachdem vorher die Inzidenz der Neuinfektionen das alles beherrschende Kriterium war. Insofern veränderte er sich in die Richtung, die vorgeschlagen ist in Politikdesign 1. Er blieb aber den entscheidenden Schritt von der Anreizsteuerung des Wirtsorganismus zum größtmöglichen Selbstschutz zurück.

Die Gefahr der Verwässerung der Kernaufgaben der klinischen Intensivpflege zugunsten der außerklinischen Anreizsteuerung des Wirtsorganismus ist kontrollierbar. Es stehen für das Management der Intensivpflegekapazität zwei voneinander unabhängige Instrumente zur Verfügung (Tinbergen-Kriterium): erstens die Gesamtzahl von Pflegebetten (und Pflegepersonal) der relevanten DIVI-Kategorie(n), durch die die gesamte intensivmedizinische Aufgabenbewältigung sichergestellt werden kann (die Größe des Systems); zweitens, und unabhängig davon, der externe Anreizparameter x, mit dem $\varphi_2 \leq \varphi^{min}$ angesteuert werden kann.

Unabhängig davon, ob Politikdesign 1 eine praktikable politische Option ist oder nicht, *Mort-interdite*-Zielfunktion 1 und 2 (S. 33, 40) lenken die Aufmerksamkeit der Pandemiepolitik auf die Intensivstationen. Ihre Kapazitätsplanung sollte *vor* der Krise Priorität erhalten.

Das (schlechtere) Sterben vor der Intensivstation

Das Anreizdesign über die Intensivstation hat noch eine weitere Hürde zu nehmen. Nicht nur C19 stand für schlechtes Sterben, auch aus anderen Gründen starben Menschen auf der Intensivstation. Also hätte auch eine erfolgreiche Zero-Virus-Strategie schlechtes Sterben auf der Intensivstation nicht verhindern können. Wenn aber das schlechte Sterben auf der Intensivstation die schlimmste Form des Sterbens überhaupt ist, kann $\varphi = 1$ keine Politikoption sein. Denn dann existiert kein Schwellenwert $\varphi_2 < 1$, ab dem es sich für Junge lohnen würde, die instrumen-

telle Präferenz für Laissez-faire gegen Zero-Virus einzutauschen. Und damit versagt auch der Anreizmechanismus von Politikdesign 1.[18]

Aber schlimmer als die Aussicht, *auf* der Intensivstation zu sterben, ist die Aussicht, *davor* zu sterben: dann, wenn die Intensivstation voll, die Notaufnahme übervoll und das Gesundheitssystem zusammengebrochen ist. Deshalb ist $\varphi = 1$ zu präzisieren: Es entspricht nicht der Wahrscheinlichkeit von null, mit dem Virus *auf* der Intensivstation zu landen, es ist die Wahrscheinlichkeit von null, dass das Gesundheitssystem zusammenbricht. Das Anreizdesign über die Intensivstation funktioniert erst dann, wenn in der Pandemiepolitik *für* die Krise die Resilienz des Gesundheitssystems sichergestellt worden ist.

Gerade an diesem Punkt wurde die C19-Politik in der westlichen Welt von ihrer Entfremdung der Lebenden von Tod und Sterben (Kapitel 1) eingeholt. In den ewig warnenden Worten über den Zustand *in* den Intensivstationen steckte nicht mehr als die schamhafte Andeutung des unaussprechbaren wahren Grunds aller Besorgnis: dass das Sterben *vor* der vollen Intensivstation um jeden Preis zu vermeiden ist. Das Sterben davor, das schlimmstmögliche Erlebnis, blieb als Gefahr politisch und medial tabu. Dadurch wurde in der öffentlichen Wahrnehmung der Infektionsschutz lediglich zum Mittel, das regelte, mit *welcher* Krankheit jemand auf der Intensivstation stirbt, falls er dort stirbt, aber nicht zum ultimativen Mittel, mit dem das Sterben davor verhindert wird. Eine Chance, die Kooperationsbereitschaft des Wirtsorganismus zu verbessern, blieb so ungenutzt.

Vor die Welle kommen

Folgeaussage 4 stellt den Infektionsschutz in den Dienst von Infimum und Supremum und macht seine Ausgestaltung robust gegenüber partikulären Anliegen. Zugleich liefert Politikdesign 1 den Rahmen für seine graduelle Anpassung nach dem Stand der Wissenschaft. Neue Erkenntnisse über Infektionswege und -risiken, die Gefahr, schwer zu erkranken, die Verweildauer auf der Intensivstation und die Dynamik

18 Dies ist ein anreizökonomisches Versagen der Zero-Virus-Strategie. Ein außenwirtschaftliches Versagen ist die Integration in die globale Wirtschaft, die Abschottung nach außen unmöglich macht. Selbst China mit seiner Quasi-Zero-Virus-Strategie wurde von C19 immer wieder heimgesucht.

der Herdenimmunität erzwingen eine Verschärfung oder erlauben eine Lockerung im Infektionsschutz φ. Für die konstante Einhaltung des Grenzwerts x der Auslastung der Intensivstationen mit Pandemiekranken wird φ^{min} bei Bedarf aktualisiert. Der Algorithmus der Anpassung hat als wissenschaftlichen Input die Wirkung des Maßnahmenpakets φ auf die Belegung x. Änderungen im Infektionsgeschehen sind dagegen lediglich der Output des Systems und nur dann Inputinformationen, wenn sie unerwartet sind und zum Beispiel auf eine unentdeckte Mutation hindeuten. So kommt die Pandemiepolitik *in* der Krise vor die Welle. Vor die Welle heißt, im Hinblick auf die Auslastung x noch rechtzeitig handeln und dabei die Inzidenzen nicht als Input, sondern als Output des Systems sehen zu können.

Lange blieb der C19-Infektionsschutz hinter der Welle, das heißt, die Politik sah das Infektionsgeschehen immer vor sich und reagierte kurzfristig: mit Lockerung, wenn die Inzidenz sank, mit Verschärfung, wenn sie stieg, in Form von Ad-hoc-Entscheidungen oder als Teil eines Regelwerks wie das der Bundesnotbremse. Auf diese Weise trieb die natürliche Dynamik der Pandemie den Infektionsschutz zu ständigen Anpassungen. Leben und Wirtschaft litten unter zweierlei Kosten: den Kosten des Schutzniveaus φ und den Kosten seiner ständigen Anpassung.

Anpassungskosten entstanden unter anderem aus dem verordneten Hin und Her zwischen Präsenzarbeit und Homeoffice, zwischen Präsenz-, Wechsel- und Online-Unterricht, zwischen Schließen und Öffnen von Gastronomie und Hotellerie sowie durch Abschreibungen auf aufgestockte verderbliche Lagerbestände und den Ausverkauf von Modeartikeln entlang aller Wertschöpfungsketten im In- und Ausland. Diese hinter der Welle entstehenden Anpassungskosten sind größer als die, die vor der Welle anfallen. Hier werden sie getrieben von den wissenschaftlichen Erkenntnissen *über* die Welle, hinter der Welle von ihr selbst, wodurch sich nicht nur der Anpassungsdruck steigert, sondern auch die daraus entstehenden Kosten.

Auch die Anpassungslogik ist vor der Welle eine andere als hinter ihr. Vor der Welle ist der Infektionsschutz endzielorientiert (x-orientiert), hinter ihr ist er prozessorientiert, der Veränderungsprozess im Infektionsgeschehen wird zum Gegenstand der Politik per se. Dieser Unterschied ist beträchtlich. Warnungen von Epidemiologen vor der nächsten Welle sind auch als Mahnungen (von verkappten Ökonomen) zu verstehen, jetzt endlich vor sie zu kommen.

Föderaler versus zentraler Infektionsschutz

Der C19-Infektionsschutz wurde in Deutschland im Zusammenspiel von Bund und Ländern gemacht, in der Schweiz von Bund und Kantonen. Aber unter welcher Aufgabenteilung? Die Frage nach Zentralisierung oder Dezentralisierung der Pandemiepolitik *in* der Krise erscheint vor dem Hintergrund der epikureischen Verwesentlichung in einem neuen Licht. Zwar bleibt die Verteilung von Informationen und Ressourcen für die Zuteilung von Zuständigkeiten auch weiterhin relevant, aber der epikureische Gleichmut gegenüber intermediären mentalen Zuständen mindert die Vorteile von Föderalismus und Subsidiarität. Kleinräumige Unterschiede im graduellen Infektionsschutz über Kantons- oder Bundesländergrenzen hinweg fallen in den Bereich epikureischer Belanglosigkeiten, soweit sie intermediäre Erfahrungen zwischen Supremum und Infimum betreffen. Klein-Klein in der Pandemie ist also falsch.

Als Krisenrationalität begünstigt der Epikureismus den Zentralismus aber nur bedingt. Denn die Kompetenzverteilung hängt nun davon ab, ob die Verwesentlichung der Pandemiepolitik *in* der Krise besser zentral oder dezentral geschafft werden kann. Wo also die großen Linien gezogen werden sollten, um die Chancen auf ein großes Supremum zu wahren und das schlechteste Infimum abzuwehren, sprich: die Freiheit zu erhalten und das schlechte Sterben abzuwenden.

Die Frage, wo die Kompetenzen liegen sollten, ist keineswegs trivial, weil zu allen sonstigen Gesichtspunkten noch hinzukommt, dass die Interessen des epikureischen Supremums und Infimums in der Pandemiepolitik im diametralen Widerstreit liegen: Freiheit versus Schutz vor dem schlechten Sterben. Wo, im Zentralstaat oder in den Gliedern, können diese Ziele am besten verfolgt werden?

Regionaler Infektionsschutz ist in der Pandemie ein Oxymoron, weil der Erreger keine Grenzen kennt: Die Pandemie schlägt hier selbst den Therapeuten vor. Dies ist ein starkes Argument, die Zuständigkeit für das epikureische Infimum an den Zentralstaat zu übertragen: Die Regeln für den Infektionsschutz zu setzen, zum Beispiel das Politikdesign 1, ist Aufgabe des Bundes, regionale Sonderwege *in* der Pandemie sichern lediglich die *Effizienz* von Schutzniveau φ im Hinblick auf den Handlungszweck x: nämlich die Mittel zu finden, mit deren Hilfe das Schutzziel am besten erreicht wird. Zwar können Aspekte wie ländlicher Raum, Agglomeration, Netzinfrastruktur usw. hier unterschiedliche

Maßnahmenpakete rechtfertigen, insgesamt jedoch geht es dabei um träge Faktoren, sodass regionale Unterschiede bezüglich der Mittel des Infektionsschutzes weitgehend unverändert bleiben. Kurzatmiges Hin und Her auf der unteren Politikebene gehört also nicht zur föderalen Arbeitsteilung.

Von der effizienzgetriebenen föderalen Flexibilität der Schutzmaßnahmen für das Management des Infimums ist die zielorientierte Flexibilisierung zugunsten des Supremums zu unterscheiden. Wie groß dürfen Unterschiede in der Sicherstellung des Freiheitsziels sein? Kann für Bergkantone oder den Osten Deutschlands der Infektionsschutz weniger streng sein, weil die Freiheitsliebe dort größer ist?

In einer Bandbreite zwischen der minimalen Einschränkung der Freiheit, φ^{min}, die den Grenzwert x der intensivmedizinischen Kapazitätsauslastung gerade so sicherstellen kann, und einer Einschränkung φ^{max}, die eine Sicherheitsreserve hat, mit $0 < \varphi^{min} \leq \varphi \leq \varphi^{max} < 1$, kann Infektionsschutz und die damit verbundene Einschränkung der Freiheit, φ, flexibel festgelegt werden. Föderale Unterschiede im Schutz*niveau* sind so möglich, ohne den vom Bund bestimmten Schutzzweck x zu gefährden. Deshalb ist eine Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern beziehungsweise Kantonen möglich, in der es Bundessache ist, φ^{max} als Infektionsschutzstandard mit Sicherheitsreserve festzulegen, von dem die föderale Ebene bis zur unteren Grenze φ^{min} abweichen kann.

Da die Pandemie als Naturereignis der oberen föderalen Ebene nur die natürliche Zuständigkeit fürs Infimum zuweist, es aber keine naturwissenschaftlichen Gründe für eine bestimmte Zuständigkeit hinsichtlich der Sicherung der individuellen Freiheit gibt, kann die Zuständigkeit fürs Supremum föderal so oder so geregelt werden. In Deutschland misstraut das Grundgesetz dem Bund in Sachen Freiheit und macht die Bundesländer zum Korrektiv. Und in der Schweiz sind die Kantone Bollwerk gegen den Durchgriff der Mehrheit auf die Rechte von Minderheiten. Respektiert man diese Zuweisung der Verfassung, läge die Zuständigkeit fürs epikureische Supremum bei den Ländern beziehungsweise Kantonen mit folgender föderalen Aufgabenteilung: Der Bund legt den Infektionsschutzstandard φ^{max} als Infektionsschutzstandard mit Sicherheitsreserve fest, von dem die Länder oder Kantone nach *unten* bis zur Grenze φ^{min} abweichen können. Dies mündet in:

Politikdesign 2 – föderale Aufgabenteilung: In der epikureischen Pandemiepolitik ist die Oberebene zuständig für die Kontrolle des Infimums und die Unterebene für die Sicherung des Supremums.

Der Föderalismus zeigte sich in der C19-Pandemie in der Schweiz und Deutschland auf unterschiedliche Weise.

Die nach dem schweizerischen Epidemiegesetz (EpG) vom Bundesrat (Bundesregierung) festzustellende besondere Lage, die ihm nach Anhörung der Kantone die Kompetenz überträgt, bestimmte Maßnahmen anzuordnen, die normalerweise in die Zuständigkeit der Kantone fallen, macht den Bundesrat in der Krise zum allgemeinen Sachwalter sowohl des epikureischen Infimums wie des Supremums. Der Schweizer Bundesrat hatte damit eine Güterabwägung zwischen Pandemieschutz und individueller Freiheit (inklusive Wirtschaftsfreiheit) vorzunehmen.

Mit dem Dreiphasenmodell (Schutz – Stabilisierung – Normalisierung) vom 12. Mai 2021, das die schweizerische C19-Langfriststrategie und die Regeln für deren kurz- und mittelfristige Umsetzung festlegte, wurde der nationale Standard, φ^{CH}, festgelegt, der phasenabhängig und situativ von den Kantonen verschärft oder abgeschwächt werden konnte. Der nationale Infektionsschutzstandard, φ^{CH}, war im Vergleich zu Deutschland schwach genug, um auch die Freiheit zu schützen. Die konkrete Sicherstellung des Schutzziels x war hingegen die Aufgabe der Kantone, die je nach Phase entweder Anwalt des Infektionsschutzes oder der Freiheit werden konnten.

In Phase 1 (Schutz) konnten die Kantone in Reaktion auf die jeweilige epidemiologische Entwicklung und unter Berücksichtigung der Gesundheitsinfrastruktur vor Ort ihren kantonalen Standard, φ^K, $\varphi^K \geq \varphi^{CH}$, auch schärfer, aber nicht schwächer setzen. Es war damit Aufgabe und zugewiesene Kompetenz der Kantone, über den Trade-off zwischen Supremum und Infimum zulasten des Supremums zu entscheiden. Nicht nur den Gegebenheiten der lokalen Gesundheitsinfrastruktur, sondern auch dem Volk näherstehend, trugen die Kantone die politischen Kosten von Extraopfern, die der lokalen Freiheit zugunsten des lokalen Gesundheitsschutzes abverlangt wurden. Es ist klar, dass die Kantone deshalb Zurückhaltung bei der Ausübung ihrer Kompetenz übten und der nationale Standard φ^{CH}, obwohl Mindeststandard im Gesundheitsschutz in Phase 1, in Wirklichkeit dem Schutz der Freiheit in den kritischsten Phasen der Pandemie diente. In der Schutzphase des Drei-

phasenmodells war der Bund im Widerspruch zu Politikdesign 2 de facto fürs Supremum zuständig.

In Phase 2 (Stabilisierung), erhielten die Kantone eine andere Kompetenz. Ihnen musste der Bund Erleichterungen, $\varphi^{CH} \geq \varphi^{K}$, genehmigen, wenn es die epidemische Entwicklung im Kanton (im Hinblick auf x) zuließ. So wurden die Kantone mit fortschreitender Kontrolle über das Infektionsgeschehen (Phase 2) zum Förderer des Supremums, und der Bund wurde zuständig fürs Infimum. In Phase 2 des Dreiphasenmodells entsprach die föderale Aufgabenverteilung dem Politikdesign 2.

Der Preis für den im Vergleich zu Deutschland lockereren Infektionsschutzstandard, $\varphi^{CH} < \varphi^{D}$, waren höhere Inzidenzen von Neuinfektionen und damit eine größere Wellendynamik. Dank guter Kapazität und Qualität des Gesundheitssystems sowie fortgeschrittener Digitalisierung des öffentlichen Sektors konnte er bezahlt werden. Die größere Wellendynamik wurde durch die Zuständigkeit der Kantone für die konkrete Ausgestaltung der regionalen Pandemieschutzzonen mitverursacht – eine historisch bedingte Kleinräumigkeit, vor der das Virus nicht haltmachte. Was in Phase 2 leichter zu tragen war, war in Phase 1 eine Herausforderung.

In Deutschland gab es keine dem schweizerischen Dreiphasenmodell vergleichbare Langfriststrategie, von der Maßnahmen verbindlich und vorhersehbar hätten abgeleitet werden können. In den Bund-Länder-Runden, aber auch in der Bundesgesetzgebung wurden Regeln und Maßnahmen von zum Teil geringer Halbwertzeit beschlossen (wie der Ultrakurzläufer der Bundesnotbremse). Bundesländer hielten nicht immer Kurs. Bayern und Baden-Württemberg zum Beispiel machten regelmäßig strengere Vorgaben als auf Bundesebene vorgesehen (analog zur Phase 1 des schweizerischen Dreiphasenmodells) und Nordrhein-Westphalen im Wahljahr 2021 schwächere (analog zur schweizerischen Phase 2). Bayern mutierte irgendwann vom verlässlichsten Corona-Falken Anfang 2022 zur Corona-Taube mit der Abschwächung der in der Bund-Länder-Runde beschlossenen 2G-Plus-Regel auf 2G für die bayrische Gastronomie.

Im Hinblick auf künftige Pandemien bietet die epikureische Verwesentlichung auf Supremum und Infimum die Chance für eine strukturiertere Aufgabenteilung im Föderalismus. Die gegenseitige föderale Kontrolle und Aufgabenteilung hat in der Pandemie im epikureischen Supremum und Infimum ihren rationalen Wirkungsbereich.

Infektionsgemeinschaft

Bis hierher galt die Annahme, dass die Wirkung des Infektionsschutzes auf den Einzelnen einzig von seinem Verhalten abhängt: Wer sich dem Zero-Virus-Infektionsschutz unterwirft, dem bleibt Infektion und schlechtes Sterben mit Sicherheit erspart; wer Laissez-faire praktiziert, erkrankt schwer und stirbt mit Sicherheit schlecht; und auch die Wirkung des graduellen Infektionsschutzes aufs eigene Sterben hängt ausschließlich vom graduellen individuellen Infektionsschutz ab. Individuelles Verhalten hat damit keinen Einfluss auf das Infektionsgeschehen in der Population, und der Infektionsschutz der Population hat keinen Einfluss auf das Ansteckungsrisiko des Einzelnen.

Typisch für eine Pandemie ist jedoch die epidemische Interdependenz in einer Infektionsgemeinschaft. Wer sich selbst schützt, schützt auch andere, wer sich selbst nicht schützt, gefährdet auch andere. In der Pandemie hängt die Rendite der eigenen Investition in die eigene Gesundheit auch von der Investitionsentscheidung Dritter in ihre eigene Gesundheit ab.

Ein einfaches Modell der epikureischen Infektionsgemeinschaft lässt sich aus Proposition 1 (S. 118) ableiten. Das Proposition 1 zugrunde liegende Modell ist ein Alles-oder-nichts-Modell mit den Alternativen Laissez-faire und Zero-Virus mit einer jeweils anderen, aber sicheren Zukunft, s oder S. Epidemische Interdependenz lässt sich in dieses Alles-oder-nichts-Modell durch die Annahme integrieren, dass die Zero-Virus-Strategie nur vor Ansteckung schützt, wenn alle Mitglieder der Infektionsgemeinschaft sich ausnahmslos an sie halten, andernfalls sich jeder im Laufe der Zeit infiziert und im schlechten Sterben endet. Nach Proposition 1 lässt sich der Pandemieverlauf in der Infektionsgemeinschaft aus Alt und Jung als das Nash-Gleichgewicht in Tabelle 3 interpretieren.

Die beiden Spieler, Alt und Jung, haben jeweils zwei Strategien zur Verfügung, Laissez-faire und Zero-Virus. Die Spielregeln seien identisch mit denen des Gefangenendilemmas, insbesondere entscheiden beide Spieler ohne gegenseitige Absprache über ihre Strategie. Das erste Tupel in den die Strategie beider Spieler verbindenden Zellen der Auszahlungsmatrix ist das Spielergebnis für Spieler Alt und das zweite Tupel für Spieler Jung. Alt, mit schon gemachter Erfahrung L, erhält in jedem Spielverlauf als Supremum L. Als Infimum wird im Spiel S ausbezahlt, nur wenn beide Spieler sich für die Zero-Virus-Strategie

entscheiden. In allen anderen Fällen ist für beide Spieler das Infimum s. Jung erhält als Supremum l, wenn es Zero-Virus wählt.

Tabelle 3: Infektionsgemeinschaftliches Nash-Gleichgewicht von Proposition 1

		Alt	
		Laissez-faire	Zero-Virus
Jung	Laissez-faire	$(L,s),(L,s)$	$(L,s),(L,s)$
	Zero-Virus	$(L,s),(l,s)$	$(L,S),(l,S)$

Sind die Spieler epikureische Pessimisten (im Sinne von Proposition 1), gilt $(l,S) \prec (L,s)$. Jung hat dann keinen Anreiz, von Zero-Virus abzuweichen, wenn Alt Zero-Virus wählt, und auch Alt präferiert Zero-Virus, wenn Jung Zero-Virus wählt. Zero-Virus für Jung und Alt mit $[(L,S),(l,S)]$ ist das Nash-Gleichgewicht, wenn die Spieler epikureische Pessimisten sind. Im Vergleich zum Fall ohne epidemische Interdependenz (Proposition 1) macht die Interdependenz in einer Infektionsgemeinschaft somit keinen Unterschied, weder im optimalen Verhalten noch in den gemachten Erfahrungen im Leben, wenn deren Mitglieder epikureische Pessimisten sind.

Sind die Jungen epikureische Optimisten im Sinne von Proposition 1, gilt für sie $(L,s) \prec (l,S)$. Für Jung ist dann Zero-Virus nicht die optimale Strategie, wenn Alt Zero-Virus wählt, $[(L,S),(l,S)]$ ist kein Nash-Gleichgewicht. Es gibt in diesem Fall zwei Nash-Gleichgewichte mit der Laissez-faire-Strategie für Jung und Indifferenz gegenüber Laissez-faire und Zero-Virus für Alt. Sind die Jungen epikureische Optimisten, sind die Nash-gleichgewichtigen Erfahrungen für Jung und Alt $[(L,s),(L,s)]$. Im Vergleich zum Fall ohne epidemische Interdependenz (Proposition 1) macht die Infektionsgemeinschaft diesen Unterschied: Nicht nur werden die Jungen infiziert, sondern die gesamte Wirtspopulation, und alle sterben schlecht. In der Infektionsgemeinschaft sind deshalb die Alten Opfer der Jungen und tragen die Kosten der Ansteckung, die sie ohne Interdependenz durch konsequenten Selbstschutz vermieden hätten. Die Jungen hingegen machen dieselben Erfahrungen wie im Fall ohne Interdependenz. Junge epikureische Optimisten

sind deshalb Verursacher einer negativen epidemischen Externalität zulasten der Alten. Es gilt:

Proposition 3 – epidemische Externalität: Mit intrinsischen Präferenzen a (Tabelle 1) und hinreichend großem epikureischem Optimismus verursachen die Jungen eine negative epidemische Externalität zulasten der Alten.

Man beachte, dass diese Externalität nichts mit einer erhöhten medizinischen Vulnerabilität der Alten, wie bei der Gefährdung von Risikogruppen in der C19-Pandemie, zu tun hat. Zur in jeder Pandemie drohenden *Risikogruppen*-Externalität kommt in der epikureischen Pandemiepolitik eine *Erfahrungsgruppen*-Externalität hinzu. Die Jungen schädigen durch ihr Laissez-faire die Alten, die sich nicht dagegen schützen können. Die Zero-Virus-Strategie des Staates schützt die Erfahrungsgemeinschaft der Alten vor dieser Externalität. Proposition 3 relativiert Folgeaussage 3 (Bevorzugung der Alten, S. 121) zu:

Folgeaussage 5 – Nichtbevorzugung der Alten: Ist in der Wirtspopulation der epikureische Optimismus hinreichend stark, ist die Zero-Virus-Strategie kein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot, wenn die Pandemie Infektionsgemeinschaften schafft.

In der C19-Pandemie wurde die Risikogruppe der Alten durch staatlich verordneten Infektionsschutz vor Ansteckung durch die Jungen als weniger gefährdeter Gruppe geschützt. Bei gleicher Vulnerabilität in der Wirtspopulation, das heißt ohne spezielle Risikogruppen, aber mit einer epikureisch hinreichend optimistischen Wirtspopulation hätte die Gruppe der Alten von der Gruppe der Jungen einen Schaden erlitten. Damit komplementiert im vorliegenden Modell die Erfahrungsgruppen-Externalität die Risikogruppen-Externalität. Bei der Entscheidung für oder gegen den besonderen Schutz der Alten als Risikogruppe hätte die epikureische Krisenrationalität den Schutz der vulnerablen Gruppe noch stärker legitimiert.

Was ändert sich, wenn in der Infektionsgemeinschaft nicht nur die extremen Handlungsalternativen Laissez-faire und Zero-Virus gewählt werden können, sondern auch gradueller Infektionsschutz? Gemäß Proposition 2 (S. 132) haben Jung und Alt bei hinreichend großem epikureischem Optimismus unverändert dieselben instrumentellen Präferenzen wie in Tabelle 3, wenn der Infektionsschutz im Definitionsbereich $0 \leq$

$\varphi \leq 1$ wählbar ist. In diesem Fall gilt weiterhin Proposition 3 und Folgeaussage 5. Wenn hingegen der graduelle Infektionsschutz φ_2 nicht unterschritten werden kann, bevorzugen Jung und Alt Zero-Virus. Proposition 3 und Folgesatz 5 verlieren damit ihre Gültigkeit, und Politikdesign 1 (Anreizdesign Intensivpflege, S. 135) behält seine wohlfahrtstheoretische Vorteilhaftigkeit auch für eine Infektionsgemeinschaft der Wirtspopulation.

Der Minimalschutz φ_2, der den Anreiz setzt, ist für Axiom 3 zudem unabhängig vom Grad der Infektiosität: Die in Axiom 3 verordnete Vorsicht bei sich gegenseitig ausschließenden Erlebnissen lässt den Wirtsorganismus sich so verhalten, als ob jede einzelne Abweichung von Zero-Virus immer das eigene schlechte Sterben herbeiführt.

Als Fazit des Vergleichs mit und ohne Infektionsgemeinschaft lässt sich festhalten, dass zwar die normative Beurteilung der Pandemiepolitik von der Existenz einer Infektionsgemeinschaft abhängt, ohne Altruismus des Wirtsorganismus das zugrunde liegende individuelle Verhalten davon aber unbeeinflusst bleibt. Mit dem Fokus der vorliegenden Gesamtbetrachtung auf dem Zusammenspiel von Pandemiepolitik und Verhalten des Wirtsorganismus Mensch wird deshalb für die verbleibenden Kapitel in der formalen Analyse wieder auf den einfachen Fall ohne Infektionsgemeinschaft zurückgegriffen.

Pfadabhängigkeit der normativen Eigenschaften

Proposition 3 und Folgeaussage 5 sind ein Beispiel dafür, wie die normativen Eigenschaften der Pandemiepolitik von der Pfadabhängigkeit der epikureischen instrumentellen Präferenzen abhängen. Ohne die im Eingangszitat von Ken Binmore beschriebene Pfadabhängigkeit der Entscheidungsprobleme (Lemmata 3, 4, 5 und 8, S. 110ff.) ergäbe sich für den Fall ohne epidemische Interdependenz (analog Proposition 1) das Spiel von Tabelle 4.

Tabelle 4: Nash-Gleichgewicht von Proposition 1 ohne epidemische Interdependenz und ohne Pfadabhängigkeit

		Alt	
		Laissez-faire	Zero-Virus
Jung	Laissez-faire	$(L,s),(L,s)$	$(l,S),(L,s)$
	Zero-Virus	$(L,s),(l,S)$	$(l,S),(l,S)$

Für $(l,S) \prec (L,s)$ (epikureischer Pessimismus) ist das Nash-Gleichgewicht Zero-Virus für Jung und Alt. Für $(L,s) \prec (l,S)$ (epikureischer Optimismus) ist das Nash-Gleichgewicht Laissez-faire für Jung und Alt. Dies ist im Fall des epikureischen Optimismus ein Unterschied zu Proposition 1: Ohne Pfadabhängigkeit sind in jedem Fall die instrumentellen Präferenzen von Jung und Alt homogen.[19]

Ohne Pfadabhängigkeit, aber mit epidemischer Interdependenz folgt das Spiel von Tabelle 5.

Tabelle 5: Nash-Gleichgewicht von Proposition 1 ohne Pfadabhängigkeit und mit epidemischer Interdependenz

		Alt	
		Laissez-faire	Zero-Virus
Jung	Laissez-faire	$(L,s),(L,s)$	$(l,s),(L,s)$
	Zero-Virus	$(L,s),(l,s)$	$(l,S),(l,S)$

Die Nash-Gleichgewichte des Spiels von Tabelle 5 sind identisch mit denen des Spiels von Tabelle 4. Ohne Pfadabhängigkeit gibt es keine epidemische Externalität in der epikureischen Wirtspopulation. Epidemische Externalität (Tabelle 3) ist somit abhängig von den vom Wirtsorganismus gemachten Erfahrungen. Damit hängen aber auch die normativen Eigenschaften staatlicher Schutzmaßnahmen von

19 Tabelle 4 ist der triviale Fall der strategischen Unabhängigkeit identischer Akteure.

diesen Erfahrungen ab und sind somit ebenso pfadabhängig wie die instrumentellen Präferenzen des Wirtsorganismus.

Die Abhängigkeit der normativen Eigenschaften der Pandemiepolitik von der Pfadabhängigkeit des epikureischen Entscheidungsproblems ist eine besondere Herausforderung *in* der Krise. Pandemiepolitik *in* der Krise muss nicht nur die Varietät der epidemischen und medizinischen Betroffenheit von Bevölkerungsgruppen berücksichtigen, wie in der C19-Pandemie geschehen, sondern auch die Varietät der schon gemachten Erfahrungen dieser Gruppen. Dieser Umstand akzentuiert den Bedarf an sozial- und geisteswissenschaftlicher Expertise in der Krise.

Kapitel 7: Impfschutz

»Wir haben aber auch immer gewusst und gehofft, dass die Covid-19-Impfung der Game Changer sein wird, dass damit der Anfang für den Sieg über die Pandemie eingeleitet werden kann.«
Sebastian Kurz, 2020 (damals Bundeskanzler von Österreich)[1]

»Die Impfung ist der Game-Changer, mit dem wir die Pandemie hinter uns lassen.«
Olaf Scholz, 2021 (damals Vizekanzler in Deutschland)[2]

»Corona-Warner Lauterbach plötzlich Optimist: ›Das ist ein Game-Changer‹«
Josef Seitz[3]

Die Pandemiepolitik ist auf die Kooperation der Wirtspopulation angewiesen, insofern ist deren Heterogenität, auch die ihrer Interessen, für sie ein Problem. Dies zeigte sich in der C19-Pandemie besonders deutlich beim Thema Impfschutz. Die Priorisierung der Alten in der Phase der Impfstoffknappheit diente auch dem Schutz des Tabus des *Mort*

1 Kurz 2020.

2 Scholz 2021.

3 Seitz 2020.

interdite. Um dysfunktionales Verhalten zu unterbinden, wäre aber eine Priorisierung der Unvorsichtigen (Jungen) angemessener gewesen, auch hätte es für Geimpfte von Anfang an Erleichterungen beim Infektionsschutz geben müssen. Ein Impfangebot in Verbindung mit 3G-Regeln ist ein robustes Regime zur Förderung der Herdenimmunisierung. Eine *de lege lata* Impfpflicht in Verbindung mit einem allgemeinen Abbau des *de lege lata* Infektionsschutzes ist hingegen motivatorisch kontraproduktiv. Und ihre ethische Herleitung erst *in* der Krise aus einer moralischen Impfpflicht (Kant'scher Imperativ) ist so voraussetzungsreich, dass sie kaum noch möglich ist. Statt Pflicht oder gar Zwang bietet das Impf-Nudging den besseren Weg in die Herdenimmunität.

Gemeinsame Hoffnung versus heterogene Impfpopulation

Infektionsschutz bedeutet Schutz vor dem Krankheitserreger, Immunisierung heißt Schutz mit dem Erreger. Immunisierung erfolgt durch Ansteckung und Erkrankung, die der Infektionsschutz verhindern soll – oder durch Impfung, die den Infektionsschutz überflüssig machen und dem Wirtsorganismus sein gewohntes Leben wieder ermöglichen soll. In der C19-Pandemie wurde die Verfügbarkeit von Impfstoffen als Gamechanger herbeigesehnt und alle Hoffnung in die Anfang 2021 angelaufenen Impfkampagnen gesetzt: Sobald die Versorgung mit Impfstoff gewährleistet sein würde, gelte es bis zur Herdenimmunität nur noch das Wettrennen von Mutationsgeschehen und Impfstoffadaptation zu gewinnen.

Herdenimmunität ist die Resilienz der Wirtspopulation als ganzer gegenüber dem Infektionsgeschehen: Das Infektionsgeschehen bleibt unter Kontrolle, weil der Erreger nur mit geringer Wahrscheinlichkeit einen neuen, nicht geimpften Wirt finden kann, was durch eine hinreichend hohe Impfquote in der Wirtspopulation erreichbar ist. Die erforderliche Quote ist je nach Krankheit unterschiedlich. Bei Masern liegt der Erfahrungswert bei rund 95 Prozent, bei Diphtherie bei rund 80 Prozent. Als risikoaverse Spannbreite gilt eine Quote von 80 bis 85 Prozent, die als sicherer angenommen wird als die zwischen 60 und 70 Prozent. Bei C19 fehlten solche Erfahrungswerte, und es wurde vor und während der begrenzten Verfügbarkeit der Vaccine nach dem Prinzip Hoffnung das Impfziel von 60 bis 70 Prozent ausgerufen und später schrittweise erhöht. Was die angestrebte Quote zum jeweiligen Zeit-

punkt auch immer war, sie wurde vom tatsächlichen Impfgeschehen hartnäckig verfehlt. Irgendetwas ist schiefgelaufen. Das Verfehlen der Herdenimmunität legt die Crux der Impfstrategie offen: Nur eine Teilmenge der mit der Wirtspopulation identischen Impfpopulation, die Impfwilligen, lässt sich impfen, wenn ihr ein Impfstoff angeboten wird.

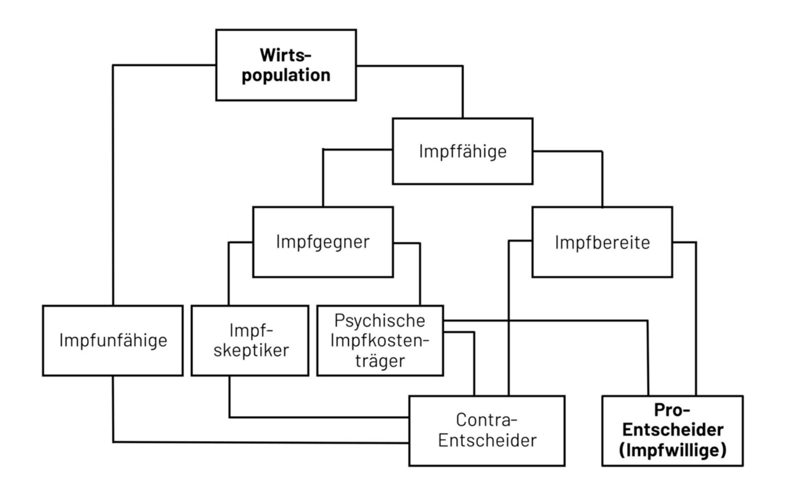
Abbildung 1 zeigt die Rekrutierung der Impfwilligen aus der Impfpopulation. Aus ihr scheiden ärztlichem Rat folgend die Impfunfähigen aus, da für sie die medizinische Abwägung zwischen Vor- und Nachteilen der Impfung negativ ausfällt. Zu ihnen gehörten bezogen auf den C19-Impfstoff unter anderem Schwangere und Kinder. Diese Impfunfähigen zählen dann letztlich zu den Contra-Entscheidern, die sich nicht impfen lassen.

Die Gruppe der Impffähigen, jene ohne medizinische Gegenindikation, setzt sich zusammen aus Impfbereiten und Impfgegnern. Zu letzteren gehören die Impfskeptiker, die von der Unwirksamkeit des Impfschutzes überzeugt sind (»Ich kenne einen Geimpften, den hat es trotzdem arg erwischt!«) – auch sie sind Teil der Contra-Entscheider. Eine Impfgegnerschaft weisen aber auch all jene auf, die psychische Impfkosten durch eine mehr oder weniger unangenehme Impferfahrung fürchten. Diese Gruppe teilt sich auf in jene, die sich wegen dieser psychischen Kosten zu den Contra-Entscheidern schlagen (»Mein Körper gehört mir!«), und solche, die die gefürchteten psychischen Impfkosten als gering genug einschätzen, um sich der Impfung nicht zu verweigern, und sich auf die Seite der Pro-Entscheider stellen.

Die Gruppe der Impfbereiten schließlich zweifelt weder an der Wirksamkeit einer Impfung, noch fürchtet sie psychische Impfkosten. Sie zieht das Impfen ohne Ressentiments in Erwägung, macht ihre tatsächliche Entscheidung aber von nicht medizinischen Pro- und Contra-Abwägungen abhängig. Zu den Gründen, die gegen die Covid-Impfung angeführt wurden, gehörte zum Beispiel, dafür (noch) keine Zeit gefunden zu haben, die (vermeintlichen) bürokratischen Hürden bei der Terminbeschaffung samt angeblicher Fließbandabfertigung in den Impfzentren oder auch die gemachte Erfahrung, mit konsequentem Infektionsschutz auch gut zu fahren beziehungsweise im 3G-Freitesten eine Alternative zu haben. Nur die Pro-Entscheider unter den Impfbereiten machten als Impfwillige bei den Impfkampagnen mit. Diese Heterogenität der Impfpopulation legte die Latte bis zum Erreichen der Herdenimmunität hoch.

Hinzu kam, dass die C19-Impfkampagne begleitet war von einem ganzen Bündel an Infektionsschutzmaßnahmen, die einem Impfanreiz tendenziell zuwiderliefen. Und schließlich trieb auch die Forderung aus Wissenschaft und Politik nach einer allgemeinen Impfpflicht die zu schützende Herde der Impfgegnerschaft zu. Die pandemiepolitischen Begleitumstände wirkten also auf die zu treffende Impfentscheidung in Teilen dysfunktional. Im Hinblick auf künftige Impfkampagnen lohnt es sich deshalb, epikureisches Licht in dieses impfpolitische Unterholz zu bringen.

Abbildung 1: Heterogene Impfpopulation



Gamechanger

Die Frage, ob ein Impfstoff ein Gamechanger ist, hängt von der Definition des Begriffs ab. Die in den C19-Impfstoff gesetzten hohen Erwartungen lassen den Gamechanger aus dem sonstigen Instrumentenkasten der Pandemiepolitik herausstechen. Er ist nicht nur *best in class*, als Gamechanger muss er Möglichkeiten eröffnen, die ohne ihn nicht gegeben wären. Für die weitere Analyse wird die folgende epikureische Definition verwendet:

Definition: Ein Gamechanger verändert die instrumentellen Präferenzen jener Erfahrungsgruppe(n) zugunsten des Selbstschutzes (Impfen oder Infektionsschutz), die ohne ihn die Laissez-faire-Strategie bevorzugen würden.

Die Definition ist insofern epikureisch, als sie auf eine Verhaltensänderung von Gruppen der Wirtspopulation abstellt, die sich durch ihre gemachten Erfahrungen voneinander unterscheiden. Ein Gamechanger lässt bei jenen Erfahrungsgruppen, deren instrumentelle Präferenzen aus Sicht des Pandemieschutzes bisher dysfunktional waren, funktionale instrumentelle Präferenzen entstehen. Im Sinne des Pandemieschutzes dysfunktional sind Laissez-faire-Präferenzen, aber auch das 3G-Freitesten, wenn Freigetestete weiterhin eine Gefahrenquelle für sich und andere darstellen. Das Impfangebot ist aber nicht nur dann ein Gamechanger, wenn es Laissez-faire-Anhänger und Freitester zu Impfwilligen macht, sondern auch dann, wenn es sie zum individuellen Zero-Virus-Infektionsschutz motiviert. Im Basismodell von Kapitel 6 ist demnach der Impfstoff ein Gamechanger, wenn er die jungen epikureischen Optimisten dazu bringt – und nur dann –, ihre instrumentellen Präferenzen für Laissez-faire (Proposition 1, Fälle a und b) zugunsten einer Impfung oder des Zero-Virus-Infektionsschutzes aufzugeben.

Der Impfstoff ist also nur dann ein Gamechanger, wenn er das aus Folgeaussage 3 (S. 121) entstehende epikureische Dilemma der Pandemiepolitik *in* der Krise, also das Risiko unethischen staatlichen Handelns, beseitigt. Das Herbeisehnen des Gamechangers durch die Politik ist deshalb aus der epikureischen Perspektive verständlich. Unter welchen pandemiepolitischen *Begleitumständen* ein Impfstoff diese Potenz entwickelt, ist Gegenstand der folgenden Unterkapitel. Dazu wird die Wirkung von Varianten der C19-Impfkampagne auf die epikureischen instrumentellen Präferenzen der Wirtspopulation bestimmt.

Libertäres Impfparadies

Angenommen, es gelten die Voraussetzungen von Proposition 1, dann gelten die intrinsischen Präferenzen von Fall a in Tabelle 1 beziehungsweise von Formel (10) (S. 126) mit $\varphi = 1$. Zudem soll wie dort gelten, dass der Infektionsschutz zu 100 Prozent vor Ansteckung schützt (Zero-Virus) und – dies als zusätzliche Voraussetzung – ein Impfstoff in

so ausreichender Menge zur Verfügung steht, dass die gesamte Wirtspopulation geimpft werden kann. Der Impfstoff soll zudem ein perfektes Substitut für den 100-prozentig wirksamen Infektionsschutz sein, das heißt, einen sicheren Schutz vor Erkrankung durch das Virus bieten, was wie der Infektionsschutz die Erfahrung S statt s garantiert. Gegenüber dem Infektionsschutz soll Impfen aber den Vorteil bieten, dass die Erfahrung S nicht mit dem sozial eingeschränkten Leben, l, erkauft werden muss. Außerdem verursacht es keinerlei sonstige Kosten beim Wirtsorganismus, weder finanzieller Art – aufgrund der vollständigen Kostenübernahme durch den Staat – noch gesundheitlicher Art – da es keinerlei somatische oder psychische Nebenwirkung mit daraus resultierender negativer Lebenserfahrung auslöst. Und schließlich soll der Entschluss zum Zero-Virus-Infektionsschutz vollkommen freiwillig sein, vom Staat wird lediglich die Empfehlung für eines der beiden epidemiologischen Substitute, Infektionsschutz oder Impfschutz, ausgesprochen. Dieses libertäre Impfparadies sei komplettiert durch die Annahme, dass die gesamte Wirtspopulation aus impfbereiten Impffähigen besteht, weshalb es im Leben (wie in Proposition 1 und 2, S. 118, 132) nur die beiden machbaren Erfahrungen L und l gibt. Unter diesen idealen Bedingungen hängen Erfolg und Misserfolg der Impfkampagne einzig von der Pro- oder Contra-Impfentscheidung der beiden Erfahrungsgruppen Alt und Jung ab.

Tabelle 6, Fall 1 fasst die vom Wirtsorganismus im libertären Impfparadies machbaren Erfahrungstupel zusammen. Die instrumentellen Präferenzen sind durch die fett gedruckten Tupel gekennzeichnet. Die Alten, mit der schon gemachten Erfahrung L, sind hinsichtlich der epidemiologischen Substitute Impfen und Infektionsschutz indifferent, verhalten sich also weiterhin pandemieschutzkonform.[4] Für die Jungen offeriert Impfen das gute Sterben, S, im Gegensatz zum schlechten Sterben, s, beim Nichtstun. Und gegenüber dem Infektionsschutz bietet Impfen das bessere Leben, L statt l. Junge, egal ob epikureische Optimisten oder Pessimisten, ziehen deshalb Impfen sowohl dem Nichtstun wie dem Infektionsschutz vor. Impfen beseitigt das dysfunktionale Verhalten der jungen epikureischen Optimisten von Proposition 1 und 2. Die Wirtspopulation in Abbildung 1 besteht zu 100 Prozent aus Impfwilligen, und nur unter genau dieser Voraussetzung

4 Bei Infektionsrisiko trotz Infektionsschutz (wie in Proposition 2) ziehen die Alten Impfen dem Infektionsschutz strikt vor.

Tabelle 6: Impfangebote an Impfbereite

Fall		Handlungsalternativen			Fallvergleich instrument. Präferenzen	Gamechanger
		Nichtstun	Impfen	Infektions-schutz		
1. Libertäres Impfparadies	Alt	(L, s)	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$		ja
	Jung	(L, s)	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(l, S)		
2. Nur für Alte	Alt	(L, s)	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	wie Fall 1	nein
	Jung	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{s})^{\boldsymbol{eO}}$		$(\boldsymbol{l}, \boldsymbol{S})^{\boldsymbol{eP}}$	wie Propositionen 1, 2	
3. Nur für Junge	Alt	(L, s)		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$		ja
	Jung	(L, s)	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(l, S)	wie Fall 1	

wäre der Impfstoff tatsächlich der in der C19-Pandemie beschworene Gamechanger gewesen.

Impftriage

Die angelaufene C19-Impfkampagne wurde anfänglich durch die Impfstoffknappheit beeinträchtigt; alle verfügbaren Impfdosen sollten so schnell wie möglich verimpft werden, reichten aber längst nicht für die gesamte Wirtspopulation. Die Pandemiepolitik *in* der Krise stand so vor einem weiteren ethischen Problem: Wem sollte beim Impfangebot der Vorzug gegeben werden? In vielen Ländern wurde die Impftriage zugunsten der Alten entschieden: Zuerst konnten sich die Alten (und Vorerkrankten) impfen lassen, die Jungen mussten noch warten.

Die Bevorzugung der vulnerablen Alten vor den weniger vulnerablen Jungen scheint unmittelbar einleuchtend. Ihre Legitimität wird auch noch dadurch gestärkt, dass das Virus von Wirt zu Wirt springend negative Externalitäten des Laissez-faire-Verhaltens in der Wirtspopulation verursacht. Die in Folgeaussage 5 erfolgte Legitimierung der Bevorzugung der Alten wegen dieser Externalität lässt sich deshalb *mutatis mutandis* auch auf die Impftriage übertragen: Die Benachteiligung der Jungen bei der Zuteilung knapper Impfdosen wäre demnach kein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot der epikureischen Krisenethik. Aber wie die folgende Analyse zeigt, war die praktizierte C19-Impftriage ethisch nicht ganz so überzeugend, wie sie zunächst erscheint.

Fall 2 in Tabelle 6 fasst die Handlungsanreize für die Wirtspopulation bei Priorisierung der Alten zusammen. Für die vorsichtigen Alten ändert sich im Vergleich zum libertären Impfparadies nichts, sie bleiben indifferent gegenüber den epidemiologischen Substituten Impfen und Infektionsschutz. Den hintanstehenden Jungen bleiben die Handlungsalternativen, wie sie in Proposition 1 und 2 zugrunde gelegt sind: Die epikureischen Optimisten (unter ihnen) bevorzugen Laissez-faire. Bei gegebener Freiwilligkeit aller Schutzalternativen werden sie ihr aus der Pandemieschutzperspektive dysfunktionales, sozial kontaktreiches Leben, L, ohne Einschränkung fortsetzen und unvorsichtig bleiben. Bei anhaltender Knappheit wird ein Impfstoff, der in der Impftriage prioritär an die Vorsichtigen verimpft wird, kein Gamechanger werden können, wenn es unter den Unvorsichtigen epikureische Optimisten gibt.

Fall 3 in Tabelle 6 fasst die Handlungsanreize bei der Priorisierung der Jungen zusammen. Für die Alten ändert sich durch das Impfangebot an die Jungen nichts, sie schützen sich gemäß Proposition 1 und 2 durch den Infektionsschutz, den ein kontaktarmes soziales Leben sicherstellt. Sie bleiben vorsichtig. Die Jungen haben Handlungsalternativen wie im libertären Impfparadies und lassen sich allesamt impfen, werden somit also vorsichtig. Im Vergleich zur Nichtverfügbarkeit des Impfstoffs (Proposition 1 und 2) ist das Impfangebot an die durchgehend impfbereiten Jungen somit der erhoffte Gamechanger. Die Fälle 2 und 3 motivieren

Politikdesign 3 – Impftriage: Bei Impfstoffknappheit sollte ceteris paribus der Impfstoff prioritär an die Unvorsichtigen und erst in zweiter Priorität an die Vorsichtigen verimpft werden.

Die Vorteilhaftigkeit von Politikdesign 3 wird noch vergrößert, wenn der Impfschutz nicht nur Selbstschutz, sondern auch Fremdschutz ist. Das Impfen der Unvorsichtigen als Gefährder reduziert auch das Infektionsrisiko der Vorsichtigen als Gefährdete. In Politikdesign 3 können dann die Vorsichtigen und Unvorsichtigen durch Vorsichtige/Gefährdete und Unvorsichtige/Gefährder ersetzt werden.[5]

Als normative Aussage stützt sich Politikdesign 3 auf das epikureische Dilemma der Pandemiepolitik *in* der Krise, das in Fall 2 von Tabelle 6 uneingeschränkt weitergilt, aber im Fall 3 obsolet wird. Die ethische Unverfänglichkeit der Priorisierung der Alten in der Impftriage verschwindet, wenn die Anreizwirkung des limitierten Impfangebots mitberücksichtigt wird.

Politikdesign 3 ist als Element eines Ethikchecks der Impftriage allgemeiner als das spezielle Modell, in dem es hergeleitet wurde. Die ihm zugrunde liegende Anreizwirkung bleibt auch bei unvollständigem Infektionsschutz (mit dem Restrisiko, schlecht zu sterben [Proposition 2]) erhalten. Gleiches gilt im Fall eines imperfekten Impfschutzes, wie ihn

5 Die Fremdschutzwirkung der C19-Impfung wurde in Impfkampagnen zwar gelegentlich behauptet und sogar als Begründung für die 3G-Regeln angeführt. Aber im vorgängigen Zulassungsverfahren wurde verfahrenskonform nur ihre Selbstschutzwirkung geprüft. Beim C19-Impfstoff blieben so die Geimpften Gefährder, und Politikdesign 3 gilt für die Triage zwischen den Vorsichtigen und Unvorsichtigen.

die C19-Impfstoffe bieten: Solange Variationen der Triage zu Änderungen in der Funktionalität oder Dysfunktionalität von Erfahrungsgruppen führen, bleibt das Design der Triage *auch* wegen seiner Wirkung auf die Existenz des epikureischen Dilemmas wichtig.

Die Politikdesign 3 zugrunde liegenden normativen Überlegungen bleiben auch bei einer größeren Vulnerabilität der Alten und Vorerkrankten relevant. Die Impftriage-Entscheidung muss dann den Tradeoff zwischen den vorsichtigen Vulnerablen und unvorsichtigen weniger Vulnerablen beachten. Und im noch allgemeineren Fall braucht es die folgende Abwägung: Ist der Impfschutz der vorsichtigen gefährdeten Vulnerablen höher zu gewichten als der Impfschutz der unvorsichtigen gefährdeten weniger Vulnerablen?

Warum wurde die prioritäre Impfung der Jungen nicht einmal erwogen? Das geschah nicht nur nicht wegen des imperfekten Infektionsschutzes in den Alten- und Pflegeheimen und der erhöhten Vulnerabilität der Bewohner. Dahinter stand auch *Mort interdite*: Der Gedanke an eine Priorisierung einer anderen als jener Gruppe, die das größte Risiko für die Wahrung des Tabus war, unterlag dem Denkverbot. Der knappe Impfstoff blieb lexikografisch für die Wahrung des Tabus reserviert.

Impfangebot mit und ohne Infektionsschutzpflicht

Die C19-Impfkampagne fand eine Zeit lang nicht unter den libertären Begleitumständen statt, die in Tabelle 6 unterstellt sind. In Deutschland zum Beispiel wurde im Dezember 2020 mit der Impfung begonnen, bevor überhaupt entschieden war, welche Erleichterungen den Geimpften gewährt werden würden. Impfen war noch keine Freifahrkarte ins sozial kontaktreiche Leben, schützte nur vor dem schlechten Sterben. Diese Phase der Impfkampagne ist in Tabelle 7, Fall 4 zusammengefasst. Für die Alten, schon mit der Erfahrung L, ist die Infektionsschutzpflicht kein Verlust, wie im libertären Impfparadies sind sie indifferent gegenüber Impfen und Infektionsschutz und erhalten das Erfahrungstupel (L, S). Wohingegen die Jungen als Supremum nur die Erfahrung l machen können, aber wie die Alten gegenüber Impfen und Infektionsschutz indifferent sind. Doch nur die epikureischen Pessimisten (eP) würden den Impf- oder Infektionsschutz wählen, wenn sie auch das Nichtstun wählen könnten. Die epikureischen Optimisten (eO) hingegen würden das verbotene *Dolcefarniente* mit dem Erfahrungstupel (L, s)

dem Impfen und Infektionsschutz vorziehen. Fall 4 macht das ethische Dilemma der Pandemiepolitik also nicht obsolet. Ein Impfangebot ohne Befreiung der Geimpften von der Infektionsschutzpflicht ist (noch) kein Gamechanger.

Erst ab Ostern 2022, nach dem Wegfall praktisch aller Infektionsschutzpflichten (in Deutschland), waren die libertären Bedingungen von Tabelle 6 gegeben. Von Frühjahr 2021 bis Ostern 2022 galt eine bedingte Infektionsschutzpflicht, mit der vollen Schutzpflicht für alle Ungeimpften und einer Befreiung für (mehrfach) Geimpfte und Geboosterte. Tabelle 7, Fall 5 fasst diesen Fall zusammen. Für die Alten ändert sich nichts gegenüber Fall 4, aber die Jungen ziehen nun Impfen, das das angestrebte sozial kontaktreiche Leben wieder ermöglicht, dem Infektionsschutz vor. Das heißt: Ein Impfangebot an alle (Abbildung 1) in Kombination mit Einschränkungen des sozialen Lebens für Ungeimpfte (aber Impfbereite) und der Voraussetzung, dass die gesamte Wirtspopulation aus Impfbereiten besteht, ist für die Pandemiepolitik der Gamechanger.

3G-Freitestangebot für Impfbereite

Ein weiteres Element des C19-Schutzpakets war die 3G-Freitestmöglichkeit für Ungeimpfte: Wer sich ungeimpft freigetestet hat (negativer Corona-Schnell- oder PCR-Test), kam in den Genuss von Lockerungen beim Infektionsschutz. Fall 6 in Tabelle 7 fasst die instrumentellen Präferenzen aller Impfbereiten zusammen, wenn kostenloses Freitesten dieselben Freiheiten im sozialen Leben erlaubt wie ein gültiger Impfschutz, aber ebenso wenig vor dem schlechten Sterben schützt wie Nichtstun. Durch Freitesten erhalten Jung und Alt dasselbe Erfahrungstupel (L, s). Tabelle 7 zeigt, dass eine Freitestmöglichkeit für Impfbereite zusätzlich zur bedingten Infektionsschutzpflicht zu keiner Änderung der instrumentellen Präferenzen führt. Das Impfangebot bleibt Gamechanger, und der epidemiologische Sündenfall schlechten Sterbens durch Freitesten bleibt mangels Nachfrage aus. Insofern war der Widerstand der Corona-Hardliner gegen den schrittweisen Ausstieg aus dem Lockdown ein Fehlalarm.

Freitesten ist unter diesen Begleitumständen verhaltenstechnisch redundant und der dafür notwendige Aufwand Ressourcenverschwendung. Je größer die Zahl der Impfbereiten in der Wirtspopulation, umso

Tabelle 7: Impfangebot an Impfbereite mit (un-)bedingter Zero-Virus-Infektionsschutzpflicht (ISP)

Fall		**Handlungsalternativen**					**Game-changer**
		[**Nichtstun**]	**Impfen**	**Infektions-schutz**	**Mit 3G-Frei-testen**	**Fallvergleich instrument. Präferenzen**	
4. ISP für alle	Alt		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$		wie Fall 1	nein
	Jung	$[(L, s)^{eO}]$	$(\boldsymbol{l}, \boldsymbol{S})^{\boldsymbol{eP}}$	$(\boldsymbol{l}, \boldsymbol{S})^{\boldsymbol{eP}}$		wie Proposition 1, 2	
5. ISP für Ungeimpfte	Alt		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$		wie Fälle 4, 1	ja
	Jung		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(l, S)		wie Fälle 3, 1	
6. 3G-Befreiung von ISP	Alt		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(L, s)	wie Fälle 5, 4 bzw. 3 und 1	ja
	Jung		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(l, S)	(L, s)		

ineffizienter ist 3G. Diese Beurteilung muss revidiert werden, wenn die Impfunfähigen und Impfskeptiker mitberücksichtigt werden.

3G-Freitesten für Impfunfähige und -skeptiker

Tabelle 8 fasst die instrumentellen Präferenzen von Impfunfähigen und Impfskeptikern unter 3G-Bedingungen zusammen. Impfskeptikern wird im Gegensatz zu Impfunfähigen ein Impfangebot gemacht. Nehmen sie es an, erwartet sie aber nicht das Erfahrungstupel (L, S) wie alle Impfbereiten, sondern (L, s), weil sie an der Wirksamkeit des Impfschutzes zweifeln. Unter den Impfunfähigen und -skeptikern wählen alle Alten sowie die jungen epikureischen Pessimisten den Infektionsschutz. Für sie ist Freitesten wie für alle Impfbereiten (Tabelle 7) eine inferiore Alternative. Für die jungen epikureischen Optimisten unter den Impfunfähigen und -skeptikern hingegen gehört Freitesten zur optimalen Wahl. Dasselbe Erfahrungstupel vermittelt den Impfskeptikern aber auch das Impfen: Es schützt sie emisch genauso wenig vor dem schlechten Sterben wie Freitesten, ermöglicht aber genauso das kontaktreiche Leben. Falls sie sich überhaupt impfen lassen, dann nur deshalb, weil es ihnen den Freipass ins gute Leben verschafft. Impfen und Freitesten vermitteln ihnen dasselbe Erfahrungstupel wie Nichtstun, welches sie unter libertären Begleitumständen (Propositionen 1 und 2) ohne Impfstoff wählen würden. Das epikureische Dilemma der Pandemiepolitik hat weiter Bestand, wenn es in der Wirtspopulation Impfunfähige und -skeptiker unter den jungen epikureischen Optimisten gibt, sodass der Impfstoff kein Gamechanger werden kann.

Würde das Freitesten 100-prozentigen Schutz vor einer Infektion Dritter bieten, wäre es seinerseits ein Gamechanger: Flächendeckendes Freitesten ermöglichte der ganzen Wirtspopulation das dominante Erfahrungstupel (L, S), selbst bei Impfstoffknappheit. Fehler bei der Durchführung der Tests, fehlerhaft negative Testergebnisse und die Unschärfe von Beginn und Dauer der Infektiosität belassen aber die Gruppe der *Dolcefarniente*-Freitester von Tabelle 8 in der Infektionsgemeinschaft,[6] insofern bleiben sie Gefährder im Sinne von Proposition 3 (Verursacher der epidemischen Externalität).

6 Diese Infektionsgemeinschaft wird in Tabelle 8 durch die sichere Inkaufnahme des schlechten Sterbens der Freigetesteten modelliert.

Tabelle 8: 3G für Impfunfähige und Impfskeptiker

Fall		**Handlungsalternativen**				**Fallvergleich instrument. Präferenzen**	**Game-changer**
		[**Nichtstun**]	**Impfen**	**Infektions-schutz**	**Mit 3G-Frei-testen**		
7. Impfunfähige	Alt			$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(L, s)	wie Propositionen 1 und 2	nein
	Jung	$[(L, s)^{eO}]$		$(\boldsymbol{l}, \boldsymbol{S})^{\boldsymbol{eP}}$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{s})^{\boldsymbol{eO}}$		
8. Impfskeptiker	Alt		(L, s)	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$			nein
	Jung	$[(L, s)^{eO}]$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{s})^{\boldsymbol{eO}}$	$(\boldsymbol{l}, \boldsymbol{S})^{\boldsymbol{eP}}$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{s})^{\boldsymbol{eO}}$		

Psychische Impfkosten

Unter psychischen Impfkosten werden im Folgenden nicht somatische Erfahrungen gefasst, die allein durch den somatischen Impfvorgang ausgelöst werden, selbst wenn Impfen freiwillig ist.[7] Psychische Impfkostenträger fließen entweder der Gruppe der Impfwilligen (Abbildung 1) zu oder aber der Contra-Entscheider, die wiederum die Wahl zwischen Infektionsschutz und Freitesten haben. Tabelle 9 fasst die instrumentellen Präferenzen der Impfkostenträger unter 3G-Bedingungen zusammen. Impfkosten sind darin als eigenständige Lebenserfahrung l^i modelliert, die, sofern sie zum Infimum des Erfahrungstupels wird, das Infimum ersetzt, das die Impfbereiten bei ihrer Pro-Entscheidung erleben würden. Psychische Impfkosten haben damit das Potenzial, zur schlechtesten Lebenserfahrung und zum Auslöser der Contra-Entscheidung zu werden. Ob psychische Impfkosten eine Änderung der instrumentellen Präferenzen verursachen, hängt von deren Höhe im Vergleich zu den sonst machbaren Erfahrungen ab. Tabelle 9 unterscheidet drei Fälle. Sie sind in die Präferenzordnung Fall a von Tabelle 1, $L > l >$ S $>$ s, eingeordnet. Im Fall 9 sind die psychischen Impfkosten gering, es gilt $L > l^i > S$. Die durch Impfen vermittelte Lebenserfahrung ist schlechter als die bestmögliche, L, aber besser als jede machbare Sterbeerfahrung, S oder s. Fall 10 betrifft den Fall der in dem Sinn moderaten Impferfahrung, dass $S > l^i > s$. Die Impferfahrung ist schlimmer als das gute Sterben, aber nicht so schlimm wie das schlechte Sterben. Fall 11 betrifft den extremen Fall so hoher psychischer Impfkosten, dass es angenehmer ist, schlecht zu sterben, als die Impferfahrung zu machen.

Impfkostenträger mit geringen Impfkosten (Fall 9) haben dieselben instrumentellen Präferenzen wie die Impfbereiten von Abbildung 1. Sie treffen die gleiche Entscheidung wie die Impfbereiten im libertären Impfparadies (Fall 1) und unter der Bedingung der Infektionsschutzpflicht für Ungeimpfte, mit und ohne 3G-Freitestmöglichkeit. Mit solchen Impfkosten bleibt der Impfstoff Gamechanger. Die mediale Stigmatisierung solcher Impfmuffel im Rahmen der C19-Impfkampagne war im besten Fall unnötig und im schlimmsten Fall kontraproduk-

---

7 Davon zu unterscheiden sind zusätzliche psychische Kosten, die durch eine rechtliche Impfpflicht ohne physischen Zwang, durch sozialen Druck oder physischen Impfzwang ausgelöst werden (können).

Tabelle 9: 3G mit psychischen Impfkosten

Fall		**Handlungsalternativen**				**Fallvergleich instrument. Präferenzen**	**Game-changer**
		[**Nichtstun**]	**Impfen**	**Infektions-schutz**	**Mit 3G-Freitesten**		
9. Gering $L > l^i > S$	Alt		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(L, s)	wie 6, 5, 4 bzw. 3 und 1	ja
	Jung		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(l, S)	(L, s)		
10. Moderat $S > l^i > s$	Alt		(L, l^i)	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(L, s)		ja
	Jung		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{l^i})$	$(\boldsymbol{l}, \boldsymbol{S})^{\boldsymbol{eP}}$ für $(l, S) \prec (L, l^i)$	(L, s)		
11. Extrem $s > l^i$	Alt		(L, l^i)	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(L, s)	wie Propo. 1 und 2 mit Fällen 7, 8	nein
	Jung		(L, l^i)	$(\boldsymbol{l}, \boldsymbol{S})^{\boldsymbol{eP}}$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{s})^{\boldsymbol{eO}}$		

tiv, weil ohne mediale Intervention die Vorteile einer Impfung immer noch deren Nachteile überwiegen.

Im Extremfall 11 sind die psychischen Impfkosten hingegen so hoch, dass sich kein Impfkostenträger freiwillig impfen lässt. Solche Impfgegner haben instrumentelle Präferenzen, als ob kein Impfstoff zur Verfügung stünde (Propositionen 1 und 2). Unter 3G-Bedingungen wählen junge epikureische Optimisten die Freitestoption wie die Impfunfähigen von Fall 7 und Impfskeptiker von Fall 8. Mit so hohen psychischen Impfkosten ist der Impfstoff kein Gamechanger.

Fall 10, mit moderaten psychischen Impfkosten, ist für junge Impfkostenträger komplizierter. Für junge epikureische Optimisten ist Freitesten (als perfektes Substitut fürs Nichtstun) besser als Infektionsschutz, aber sich impfen zu lassen mit dem Erfahrungstupel (L, l^i) immer noch besser als das Freitesten. Junge epikureische Optimisten mit moderaten Impfkosten lassen sich also impfen. Ihnen schließen sich junge epikureische Pessimisten mit gleichen Impfkosten an, aber nur, wenn $(L, l^i) \prec (l, S)$, wenn also das Erfahrungstupel mit Impferfahrung dem Infektionsschutz vorgezogen wird. Dies ist möglich, weil epikureische Pessimisten den Infektionsschutz dem Freitesten vorziehen und das Erfahrungstupel mit Impferfahrung besser ist als jenes mit Freitesten. In diesem Unterfall verhalten sich Alt und Jung wie im libertären Impfparadies und auch wie unter den Bedingungen der Infektionsschutzpflicht für Nichtgeimpfte. Im Unterfall $(l, S) \prec (L, l^i)$ ziehen hingegen die epikureischen Pessimisten wie in Fall 4 den Infektionsschutz dem Impfen vor. Auch unter moderaten psychischen Impfkosten bleibt der Impfstoff Gamechanger.

Die Fälle 9, 10 und 11 lassen folgern, dass für den Erfolg einer Impfkampagne nicht die Anzahl von psychischen Impfkostenträgern per se, sondern die Höhe der psychischen Impfkosten entscheidend ist. Nur wenn diese so hoch sind, dass die Betroffenen lieber schlecht stürben, als die Impferfahrung zu machen, sind psychische Impfkosten ein Problem für die Impfkampagne.

Impfpflicht

Trotzdem wurde im Herbst 2021 und Frühjahr 2022 (in Deutschland) die Impfpflicht erwogen und so kontrovers diskutiert, dass sie zum Stress-

test für die Pandemiepolitik wurde.[8] Zur Vergleichbarkeit mit den bisher erzielten Ergebnissen wird für das Folgende unterstellt, dass eine Impfpflicht keine höheren psychischen Impfkosten erzeugt als die, die sich allein aus dem somatischen Impfvorgang unter Freiwilligkeit ergeben. Aus der epikureischen Perspektive ist Impfpflicht in diesem Fall nur dann problematisch, wenn die dadurch aufgezwungene Erfahrung ins Erfahrungstupel des Wirtsorganismus einfließt (das heißt keine intermediäre Erfahrung ist) und die sonst bevorzugte Handlung verunmöglicht wird. Dies hängt entscheidend davon ab, ob unter dem Impfpflichtregime samt Begleitmaßnahmen konsequenter Infektionsschutz *als Selbstschutz* weiterhin möglich ist, insbesondere ob der Selbstschutz durch Infektionsschutz ohne staatliche Vorschriften effektiv bleibt, also durch ihn wie durch Impfen die Erkrankung vermieden werden kann.

Dies ist jedoch zweifelhaft, weil effektiver Infektionsschutz ohne koordiniertes Handeln in der Wirtspopulation schwierig ist. Zum Beispiel kann ich mich während der Rushhour im öffentlichen Nahverkehr schlechter schützen, wenn ich als Einziger Maske trage. Solche Vorteile koordinierten Handelns beim Infektionsschutz legitimieren Vorschriften wie die Infektionsschutzpflicht für Nichtgeimpfte. Sobald sie zurückgenommen werden, wird die Effektivität des individuellen Infektionsschutzes beeinträchtigt.

Die Aufhebung bestehender Infektionsschutzregeln bei Einführung der Impfpflicht ist aber der politische Preis, den der Gesundheitsschutz an den Freiheitsschutz zu zahlen hat. Andernfalls gerät die Gesellschaft an den Rand eines autoritären Gesundheitsschutzregimes, wie es in China praktiziert wurde. Das politische Ringen um die Impfpflicht in Deutschland kreiste deshalb nicht nur um die Grundfrage, ob ein Eingriff in den menschlichen Körper vertretbar war, sondern auch darum, ob die dafür hinzunehmenden Lockerungen des verordneten Infektionsschutzes vertretbar waren.

Tabelle 10 ist eine Zusammenfassung des Regimes von Impfpflicht und dafür aufgehobenem staatlich verordnetem Infektionsschutz. Das im Hinblick auf machbare Erfahrungen dem Nichtstun äquivalente

---

8 Impfpflicht ist eine ordnungsrechtliche Pflicht, deren Missachtung zwar mit Geldbußen geahndet werden kann, aber im Gegensatz zum Impfzwang nicht mit staatlicher physischer Gewalt durchgesetzt wird. In Deutschland stand allein die Impfpflicht zur Debatte.

Freitesten sowie die Befolgung des per Verordnung staatlich koordinierten Infektionsschutzes sind keine Handlungsoptionen mehr. Mit Ausnahme der Impfunfähigen erhält die gesamte Impfpopulation das mit der Impfpflicht einhergehende emische Erfahrungstupel, das im Fall der Impfskeptiker die erwartete Erfahrung s statt S einschließt und bei den Impfkostenträgern die Erfahrung l^i, wenn sie das Infimum ist. Die fett gedruckten Erfahrungstupel in der Spalte »Impfen« entsprechen jenen Tupel, die von den Entscheidungsträgern auch unter 3G-Bedingungen gewählt worden wären (vgl. Tabellen 7, 8, 9). Sie betreffen damit jene Gruppen, die durch die Impfpflicht nichts verlieren. Die in den Tabellen 7, 8 und 9 präferierten Tupel aus Contra-Impfentscheidungen unter 3G-Bedingungen entsprechen in Tabelle 10 den Tupel in den Spalten »[Nichtstun]« und »[Infektionsschutz]«. Da aber diese Handlungsoptionen, außer von den zum Nichtstun verurteilten Impfunfähigen, nicht mehr gewählt werden können, kennzeichnen sie den Verlust an besseren Erfahrungstupel, der unter dem Impfpflichtregime von der Bevölkerung in Kauf genommen werden muss.

In der letzten Spalte von Tabelle 10 sind die Verlierer der Impfpflicht benannt. Von den Gruppen der Impfpopulation aus Abbildung 1 haben nur die Impfbereiten keinen Nachteil durch die Impfpflicht erfahren (vgl. Fall 12). Unter allen anderen Gruppen der Impfpopulation, den Impfunfähigen (Fall 13), den Impfskeptikern (Fall 14) und den Impfkostenträgern (Fall 15) gibt es Subgruppen, die durch die Impfpflicht Nachteile in Kauf nehmen müssen.

Die letzte Spalte in Tabelle 10 macht deutlich, welche Widerstände in der Wirtspopulation gegen die Impfpflicht selbst bei idealen Eigenschaften des Impfstoffs ausgelöst werden. Dieser Widerstand wird auch nicht durch eine ebenso große Unterstützung von anderer Seite konterkariert. Denn es gibt niemanden in der Impfpopulation, der durch die Impfpflicht gegenüber dem 3G-Regime gewinnt. Das Beste, was die Pandemiepolitik mit der Impfpflicht in der Wirtspopulation erreichen kann, ist eine Indifferenz eines Teils der Population. Die Impfbereiten zum Beispiel nehmen den Regimewechsel indifferent zur Kenntnis, haben aber keinen Grund, ihn zu unterstützen. Die der Impfpflichtidee zugrunde liegende Meritorik – der rein ordnungsrechtliche (und nicht physische) Zwang, der letztlich alle besserstellen soll – muss sich vorhalten lassen, die Kosten des Verfahrens zu unterschätzen.

Tabelle 10: Impfpflicht unter Wegfall der Infektionsschutzregeln

Fall		**Handlungsalternativen**			**Verlierer der Impfpflicht**
		[**Nichtstun**]	**Impfen**	[**Infektionsschutz**]	
12. Impfbereite	Alt		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$		keiner
	Jung		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$		
13. Impfunfähige	Alt	(L, s)		(L, S)	alle außer junge Optimisten
	Jung	$(L, s)^{eO}$		$(l, S)^{eP}$	
14. Impfskeptiker	Alt		(L, s)	(L, S)	alle ep. Pessimisten
	Jung		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{s})^{\boldsymbol{eO}}$	$(l, S)^{eP}$	
15. Impfkostenträger	Alt		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})^{\boldsymbol{gering}}$	$(L, S)^{moderat}$ $(L, S)^{extrem}$	alle außer jenen mit geringen Impfkosten
	Jung	$(L, S)^{eO\ extrem}$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})^{\boldsymbol{gering}}$ $(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{l^i})^{\boldsymbol{moderat}}$	$(l, S)^{eP\ moderat}$ $(l, S)^{eP\ extrem}$	alle mit extrem hohen Impfkosten und alle ep. Pessimisten mit mod. Impfkosten

Herdenimmunisierung

Welcher Ratschlag folgt aus der Analyse der Tabellen 6 bis 10 für das pandemiepolitische Ziel der (kontrollierten) Herdenimmunisierung? Die lockere Hand des libertären Impfparadieses reicht aus, um für alle Impfbereiten keine bessere Alternative aufkommen zu lassen als die Impfung (Tabelle 6, Fall 1). Und solange der staatlich unkoordinierte Infektionsschutz nicht volle Sicherheit vor der Ansteckung gewährt, lassen sich alle Impfbereiten ausnahmslos impfen. Staatlicher »Leichtsinn«, der sich durch den Impfstoff in Sicherheit wiegt, stellt sich so als das erfolgreichere Konzept im Sinne der zu erreichenden Herdenimmunität heraus als das doppelte Sicherheitsnetz von Impfangebot und Infektionsschutzpflicht für alle (Tabelle 7, Fall 4). Solche Vorsicht ist anreiztechnisch im Fall der Impfbereiten dysfunktionale politische Übervorsicht. Je größer der Anteil der Impfbereiten an der Wirtspopulation (Abbildung 1), umso vorteilhafter ist der libertäre Weg.

Ein über die gesamte Impfpopulation hinweg robustes Regime ist die 3G-Regel (Tabelle 7, Fall 6 und Tabellen 8 und 9). Sie ist nicht perfekt, enthält das Schlupfloch des Freitestens, aber sie bietet den besonders schutzbedürftigen Impfunfähigen mit der Freitestoption einen Teil der Vorteile der Impfung und allen die Sicherheit, die staatlich koordinierter Infektionsschutz gewährt. Das 3G-Regime lässt sich im Interesse der Herdenimmunisierung sogar noch verbessern, wenn Freitesten nur für ärztlich bestätigte Impfunfähige kostenlos angeboten wird, impffähige Gefährder dafür aber bezahlen müssen.

Die vorliegenden Überlegungen lassen sich zusammenfassen zu

Politikdesign 4 – Impfregime: Gegeben die Heterogenität der Wirtspopulation mit Impfbereiten, Impfgegnern und Impfunfähigen, bietet das 3G-Regime eine robuste Lösung zur Förderung der Herdenimmunität.

Das 3G-Regime ist eine im Vergleich zu den Alternativen komplexe Antwort auf die Herausforderung der Pandemie als komplexes System. Mit seiner Vielfalt an Handlungsalternativen erfüllt es die zentrale Anforderung des Viable Systems Model der Kybernetik besser, wonach komplexe Probleme komplexe Lösungen erfordern. Das Varietätsprinzip des Viable Systems Model besagt, dass nur Varietät (in den Maßnahmen) Varietät (des Wirtsorganismus von Abbildung 1) absorbieren kann. Das Koordinationsprinzip verlangt, dass Maßnahmen nicht nur effektiv

sind, sondern auch (von den Akteuren von Abbildung 1) akzeptiert werden. Und das Redundanzprinzip verlangt redundante Komponenten (im Maßnahmenkatalog, wie die Substitute von Impf- und Infektionsschutz) für den Fall des Ausfalls einzelner Komponenten.[9]

Gegenüber dem 3G-Regime ist die Einführung der Impfpflicht für alle Impffähigen in Kombination mit dem Wegfall aller Infektionsschutzvorschriften (Tabelle 10) ein Rückschritt. Sie ist ein Katalysator des Widerstands gegen die Pandemiepolitik, der alle Bevölkerungsgruppen erreicht. Pandemiepolitik sollte unter (fast) allen Umständen auf Eingriffe in den Körper des Wirtsorganismus verzichten. Nicht nur aus ethischen Gründen, sondern auch im praktischen Interesse des umfassenden Schutzes einer zum Selbstschutz fähigen Wirtspopulation. Ein so einseitiges Regime verstößt gegen alle drei genannten Prinzipien des Viable Systems Model. Lediglich der Katastrophenfall eines (fast) absolut letalen Krankheitserregers mit großer Infektiosität mag hier eine Ausnahme darstellen. C19 war (bisher noch) kein solcher Katastrophenfall.

Die Slogans im amerikanischen Kulturkampf um das Recht auf beziehungsweise das Verbot von Abtreibung – *»My Body, my Choice«* versus *»Protecting Life in Law«* – lassen sich eins zu eins auf den Kampf um die Impfpflicht übertragen. Unter dem Diktat der politischen Korrektheit des Rechts auf Abtreibung in der Berliner Republik hätte die Forderung nach der Impfpflicht *mutatis mutandis* von der geschlossenen Phalanx des politischen und medialen Establishments eigentlich abprallen müssen. Stattdessen bekam der verordnete Eingriff in den Körper politisch eine Chance. Die epikureische Ökonomik nimmt hier Partei für die (in der Impfdebatte abhandengekommene) politische Korrektheit des Rechts am eigenen Körper. Allerdings aus ganz unideologischen, anreiztechnischen Gründen: Impfpflicht funktioniert einfach schlechter.

In der Gesamtsicht ist der beste Weg in die (kontrollierte) Herdenimmunität der goldene Mittelweg zwischen Freiheit und Law and Order. Das Gute an der Nachricht ist nicht nur der dadurch mögliche politische Ausgleich und die Inklusion aller Bevölkerungsteile. Gut ist auch die nicht ideologisch, sondern anreiztechnisch initiierte Ermöglichung eines breit verankerten variantenreichen Selbstschutzes der Wirtspopulation.

9 Tuckermann und Schwaninger 2022, S. 139 f.

Moralische Impfpflicht

Die vorliegende Beurteilung der Impfpflicht beschränkt sich bis hierher auf den Konflikt zwischen Gemeinwohlverantwortung des Staates für den kollektiven Gesundheitsschutz und Schutz der individuellen Freiheit. Die Zumutbarkeit der Impfpflicht hat aber auch noch eine moralphilosophische Seite: Sind Contra-Entscheider (Abbildung 1) *moralisch* zum Impfen verpflichtet? Falls sie es sind, sich aber nicht impfen lassen, bewegt sich das Zünglein an der Waage in Richtung kollektiver Gesundheitsschutz. Moralische Impfpflicht kann so die Pandemiepolitik zugunsten der *de lege lata* Impfpflicht (oder gar des Impfzwangs) kippen lassen: Dass es Verlierer der Impfpflicht gibt (Tabelle 10, letzte Spalte) und dass der Nutzen der Gewinner nicht mit dem Schaden der Verlierer aufgerechnet werden kann, ist nun kein ethisches Problem der Pandemiepolitik mehr, weil die Contra-Entscheider ihrer einforderbaren moralischen Impfpflicht nicht nachgekommen sind.

Die These der moralischen Impfpflicht lässt sich auf den Kant'schen Imperativ stützen: Sei kein Infektionsrisiko für andere und kein Konkurrent um den letzten freien Spitalplatz, wenn du nicht willst, dass andere ein Infektionsrisiko für dich oder Konkurrenten im Spital sind! Die ethische Ableitbarkeit der *de lege lata* Impfpflicht aus dem Imperativ der Pflichtethik ist aber selbst nur dann unangreifbar, wenn es keine Substitute im individuellen Verhalten gibt, die eine ähnlich gute Schutzwirkung auf Dritte haben wie die Impfung. Das Fehlen eines guten Substituts ist eine medizinethische Voraussetzung für die *de lege lata* Impfpflicht. Macht der individuelle Infektionsschutz den Wirtsorganismus aber vergleichbar ungefährlich für Dritte wie ein Impfschutz und schützen sich die Impfunwilligen so auch tatsächlich selbst, dann gilt der Kant'sche Imperativ nur für den gesamten Werkzeugkasten alternativer Schutzmaßnahmen, aber nicht für ein einzelnes Werkzeug daraus.

Die *de lege lata* Impfpflicht lässt sich aus einer moralischen Pflicht zum Fremdschutz und zur Vermeidung von Konkurrenz im Spital deshalb nur herleiten, wenn der individuelle (staatlich unkoordinierte) Infektionsschutz in der Wirkung auf Dritte kein gutes Substitut fürs Impfen ist. Genau dies ist in Tabelle 10 unterstellt: Der Zwang zum Verzicht auf den staatlich koordinierten Infektionsschutz als politischer Preis für die Einführung der Impfpflicht nimmt den effektiven Selbstschutz und Schutz Dritter durch Infektionsschutz aus dem Instrumen-

tenkasten des Wirtsorganismus heraus. Nichtgeimpfte (Impffähige) können so nur noch gegen den Kant'schen Imperativ verstoßen, was die *de lege lata* Impfpflicht (oder gar den Impfzwang) legitimiert.

Diese Legitimation des staatlich verordneten Eingriffs in den Körper ist nicht aufs Impfen beschränkt. Gleichermaßen gerechtfertigt sind dann auch Benachteiligungen von Nichtgeimpften, aber Impffähigen im 3G-Regime (Tabellen 7, 8, 9) sowie deren Freitesten nur als Selbstzahler.[10] Impfen als moralische Pflicht gibt dem Staat ethisch freiere Hand.

Diese pflichtethische Abstützung von Benachteiligung hat aber zwei Achillesfersen. Erstens braucht sie den Nachweis der Fremdschutzfunktion der Impfung, der beim Covid-Impfstoff nicht erbracht worden ist. Zweitens hängt sie von der Legitimität des politischen Junktims zwischen *de lege lata* Impfpflicht und Wegfall des staatlich koordinierten Infektionsschutzes ab. Denn wenn die Opferung der staatlichen Koordination des Infektionsschutzes als Drachenfutter fürs Freiheitsziel selbst ungerechtfertigt (weil sie zum Beispiel unnötig) ist, dann fehlt für die *de lege lata* Impfpflicht die Alternativlosigkeit als pandemiepolitische Maßnahme.

Das Junktim kann wegen seiner ethischen Tragweite also nicht (wie in der Betrachtung bisher geschehen) einfach pauschal als Tatsache behauptet werden. Es erfordert eine diskursethische Legitimation: Es muss Ergebnis eines fairen Abwägens zwischen Gesundheits- und Freiheitsschutz sein. Auch kann die Debatte nicht einfach nur medizinethisch geführt werden. Sosehr das ständige Ringen mit dem Team Freiheit das Team Vorsicht auch nerven mag, es ist die notwendige Voraussetzung für die Ableitbarkeit der *de lege lata* Impfpflicht aus der moralischen Impfpflicht.

Und was die Impfpflichtbefürworter überraschen mag: Soweit der staatlich koordinierte Infektionsschutz eine geeignete Alternative zum Impfen ist, müssen sie auf möglichst gute Argumente *pro* Junktim aus Team Freiheit hoffen; nur so sticht ihr Argument der moralischen, ersatzweise *de lege lata* Pflicht. Den Impfpflichtbefürwortern im Team Vorsicht droht so Gefahr aus den eigenen Reihen: Je schneller ein effektiver, effizienter und differenzierter staatlich koordinierter Infektionsschutz aufgebaut wird, umso technisch überflüssiger wird die Impfpflicht –

10 Zum Beispiel Beschorner und Kolmar 2021.

und nicht nur das: Sie wird ethisch umso unhaltbarer. Die wissenschaftliche (und administrative) Lernkurve wird so zum Schutzschild gegen den verordneten Eingriff in den Körper.

Die voraussetzungsreiche Legitimation der *de lege lata* Impfpflicht mit der Moral zeigt dreierlei. Erstens, ihre medizinethischen Voraussetzungen – Verhältnismäßigkeit der somatischen und psychischen Impfkosten, Verkleinerung der epidemischen Externalität, bestes Schaden-Nutzen-Verhältnis im Vergleich aller medizinisch wirksamen Maßnahmen – sind diskursethisch unvollständig: Es müssen zusätzlich politische Paketvergleiche (mit und ohne koordiniertem Infektionsschutz) unter Berücksichtigung des Eigennutz- und Eigenschutzinteresses des Wirtsorganismus gemacht werden. Zweitens, fehlende Moral darf als Begründung für eine *de lege lata* Pflicht nur sparsam herangezogen werden, da in der modernen Gesellschaft die Externalität nicht, wie von der ökonomischen Orthodoxie angenommen, die Ausnahme von der Regel, sondern die Regel ohne Ausnahme ist. Drittens, die ethische Komplexität der Impfpflichtentscheidung braucht die diskursethische Debatte in der Pandemiepolitik *für* die Krise. *In* der Krise ist es dafür (wieder einmal) schon zu spät.

In der C19-Krise scheiterte die Legitimation der Impfpflicht mit dem Kant'schen Imperativ, wie sie von Gesundheitsminister Lauterbach im Bundestag am 13. Januar 2022 versucht wurde, schon allein daran, dass die Wirksamkeit des C19-Impfstoffs im impfrechtlichen Genehmigungsverfahren nur für den Selbstschutz nachzuweisen und nachgewiesen war. Dem die Fremdschutzwirkung unterstellenden Imperativ »Lass auch du dich impfen, weil du nicht willst, dass dich andere infizieren!« mangelte es an der sachlichen Voraussetzung. Und nach Abbruch der Impfpflichtdebatte im Bundestag zeigte sich das Gesundheitssystem unter dem fortgesetzten 3G-Regime als ausreichend resilient.

Impf-Nudging

Impfzwang und in engeren Grenzen die *de lege lata* Impfpflicht sind psychologisch kontraproduktiv. Sie sind eine staatlich verordnete Impfentmutigung. Sie sind als Mittel zum Zweck das Gegenteil von Impf-Nudging, der psychologischen Unterstützung der Impfwilligkeit. Impf-

zwang und Impfpflicht treiben die Libertären unter den Impfbereiten der Impfgegnerschaft zu.

Eine Impfkampagne sollte das Gegenteil versuchen: Statt Impfgegnern auch noch libertäre Gegenargumente gegen das Impfen zu liefern, sollte sie indifferente Impfbereite zu Impfwilligen machen. Im 3G-Regime (Fall 6, Tabelle 7) gehören die Alten unter den Impfbereiten zu den Indifferenten. Zur Zielgruppe des Impf-Nudgings gehört aber auch ein Teil der Impfgegnerschaft: die Alten mit geringen psychischen Impfkosten (Fall 9, Tabelle 9). Diese egoistischen, nur am Selbstschutz interessierten Indifferenten, die zwischen Infektionsschutz und Impfen schwanken, lassen sich mit psychologischem Geschick zu Impfwilligen machen. Die deutsche C19-Impfkampagne brillierte stattdessen mit psychologischem Ungeschick.[11] Die kostenlose Teilnahme von Geimpften an einer Lotterie mit symbolischen Preisen oder andere Formen von Gamification können bereits ausreichen, die Impfentscheidung von Zögerlichen positiv ausfallen zu lassen.

Geimpft sein als unsichtbare Qualität verursacht eine Informationsasymmetrie und lässt nicht automatisch ein Wir-Gefühl unter den Geimpften entstehen. Diese Informationsasymmetrie zu überwinden ist ein Bedürfnis von Geimpften und eine weitere Chance fürs Impf-Nudging. Buttons und Aufkleber für Geimpfte, wie sonst für Weltfrieden, Klimaschutz und Gendern getragen, sind ein Angebot ans Kuratieren der sozialen Identität. Da nur ein Teil der Geimpften mitmachen wird, ist die Gefahr der Stigmatisierung Nichtgeimpfter per Umkehrschluss so gering wie die der sozialen Ausgrenzung durch die Friedensbewegung.

Ein Dilemma jeder Impfkampagne ist die Selbstentwertung des Impfens durch das Angebot: Es soll für alle reichen, aber was im Überfluss vorhanden ist, ist nichts mehr wert. Als freies Gut wird der Impfstoff nicht mehr geschätzt. Als der erste C19-Impfstoff produziert war, war das noch anders. Die Impftriage machte ihn zu einem begehrten Gut, und Impfdrängelei zeigte seinen Wert. Die Notwendigkeit, das Angebot zu vergrößern, schuf das Dilemma.

---

11 Technische Voraussetzung jeder erfolgreichen Kampagne ist eine ausreichende Menge an Impfstoff und der hindernisfreie Zugang aller Impfwilligen zum Impfvorgang: Die Kombination von gut organisierten Impfzentren für die Ungeduldigen und Hausärzten für die Bequemen ist ein robustes Angebot für heterogene Bedürfnisse.

Es wurde abgemildert. Aber nicht durch kluge Impfpolitik top-down, sondern bottom-up durch den Impfsnobismus von Impfwilligen: So wurde zum Beispiel unter den von den verschiedenen Herstellern gebrandeten Impfstoffen *BioNTech* zur Luxusmarke geadelt, mit der sich renommieren ließ: »Ich bin schon geimpft, aber mit *BioNTech*!« – so wie mit *Louis Vuitton* die soziale Identität kuratiert wird.

Der C19-Impfsnobismus bottom-up ist eine Blaupause fürs Impf-Nudging top-down. Das Beschaffungswesen sollte den Impfstoff kostbar halten; Meldungen über verfallene Impfdosen sind Gift für die Impfentscheidung Wankelmütiger. Das von den Herstellern selbst betriebene Impfstoffbranding kann durch die staatlich koordinierte Verteilung gehebelt werden: zum Beispiel nicht nur entweder *BioNTech* oder *Moderna* per Normangebot, dafür jederzeit verfügbar anzubieten, sondern auf Wunsch auch den bevorzugten anderen Impfstoff, dafür mit Wartezeit. Das hält die Aufmerksamkeit am Impfgeschehen wach und das Gefühl der Knappheit hoch. Die Logistik wird teurer, aber wenn die Herdenimmunisierung der erhoffte Gamechanger sein soll, diese aber ins Stocken gerät, sind auch außergewöhnliche Wege aus der Pandemie heraus zu erwägen.

Kapitel 8: Ausblick – nach der Krise ist vor der Krise

»[W]hy should a rational decision-maker wish to be consistent? After all, scientists are not consistent, on the grounds that it is not clever to be consistently wrong.«
Ken Binmore[1]

Der Übergang von der Pandemie in die Endemie ist die Kapitulation der Politik vor der Souveränität des Wirts. In Deutschland setzte diese Wendung um Ostern 2022 ein. Die Endemie wird von einer Epidemie des Leichtsinns sekundiert, in der Folge kommt es zu einer Erosion des Selbstschutzinteresses der Wirtspopulation. Team Vorsicht steht nunmehr auf verlorenem Posten. Das Tabu des *Mort interdite* hat die deutsche C19-Politik stärker dominiert als die in Schweden oder der Schweiz. Sie blieb in der pandemischen Phase epikureische Infimum-Politik und ging zulasten der Supremum-Politik des Freiheitsschutzes. Die wichtigste Lehre, die aus der C19-Pandemie zu ziehen ist: Nur durch die Überwindung des Tabus des *Mort interdite* kann für eine nächste Pandemie vorgesorgt werden, sodass die Infimum-Politik nicht wieder der alles bestimmende Input in den Politikfindungsprozess wird, sondern, wie auch der Freiheitsschutz, ihr Output werden kann.

In die Endemie hinein

Am Ende kapituliert die Politik – auf ihre Weise. Obwohl von der Regierung selbst gestiftet, markieren Freedom Days den Zeitpunkt dieses

1 Binmore 2008, S. 28.

staatlichen Aufgebens. Die Politik räumt das Feld mit Pauken und Trompeten. Sie verkünden nicht den Sieg über das Virus, sondern die Kapitulation vor der Souveränität des Wirts: Es ist der Wirtsorganismus, der die Pandemie für beendet erklärt, und nicht die Wissenschaft oder Politik – durch Überführung der Krankheit in die Kategorie der gewöhnlichen Krankheiten, mit denen sich der Mensch schon lange arrangiert hat, ohne sich von ihnen vom gewohnten Leben weiter abhalten zu lassen. C19 wird emisch zu einer neuen Grippe, wie sehr auch Epidemiologen zur weiteren Vorsicht mahnen und wie hoch auch die Kennzahlen sind.[2] Das Virus ist nicht weg, es ist nur aus der Handlungsrelevanz im Leben des Wirts verschwunden. Pandemien werden sozial von der Politik begonnen, aber sozial vom Wirt beendet.

Politik als Wählerversteherin antizipiert dies und plant den geordneten Rückzug aus der Pandemie, selbst wenn Gesundheitsexperten als Hofnarren des Souveräns Wirtsorganismus ihm den Spiegel weiter vorhalten dürfen. Geschieht der Rückzug nicht mit Pauken und Trompeten eines Freedom Day wie in Großbritannien und den USA, ist es, wie in Deutschland 2022, ein Abgang durch die Hintertür in Form einer schrittweisen Rücknahme (fast) aller Schutzvorschriften. Ein politischer Rückzug in Raten, der durch das Mahnen der Bedenkenträger wie durch weiche Butter gleitet.

Die C19-Endemie zeigt sich weiterhin: in Unterschieden der Inzidenzen oder der geografischen und sozioökonomischen Bedingungen, wie sie auch in der Pandemiephase sichtbar waren. Aber auch in kulturellen Variationen, in denen C19 als gewöhnliche Krankheit weiterexistiert, in Deutschland zum Beispiel in Reise- oder tradierten Vereins-, Freizeit- und Massenveranstaltungen. So als ob das Virus den Selbstschutzmechanismus des Wirtsorganismus ausgeschaltet hätte.

Der Übergang von der Pandemie zur Endemie lässt sich im epikureischen Verhaltensmodell darstellen durch das emische Verschwinden des schlechten Sterbens, s, aus der Liste der machbaren Erfahrungen. Schlecht zu sterben in der Isolation der Intensivstation ist kein Ereignis mehr, das, emisch, bei irgendeinem epidemisch relevanten Verhalten droht. Die intrinsischen Präferenzen in der Pandemie, zum Beispiel Fall

2 Zum Zeitpunkt des Erscheinens des Buchs wird, so die Vermutung des Verfassers, C19 weiterhin epidemiologisch die Qualität einer Pandemie haben, aber sozial die einer Endemie. Deshalb sind Bezüge zu C19 in den ersten sieben Kapiteln in der Vergangenheits- und in Kapitel 8 in der Gegenwartsform geschrieben.

a in Tabelle 1, werden zu $L > l > S$ verkürzt; gestorben wird nur noch auf eine Weise.[3]

Tabelle 11 zeigt die Wirkung des Übergangs in die Endemie auf die instrumentellen Präferenzen aus den Handlungsmöglichkeiten, die dem (immer noch) epikureischen Souverän nach der Kapitulation der Politik vor ihm bleiben. Das Referenzregime, dem die Endemie in Tabelle 11 im Vorher-nachher-Vergleich gegenübergestellt wird, ist das 3G-Regime der Pandemiephase (Fälle 6 bis 11 der Tabellen 7, 8, 9). Mit diesem Referenzregime lässt sich die Wirkung der sozialen Transformation der Pandemie in die Endemie auf das Selbstschutzinteresse der Wirtspopulation bestimmen.

Die Kapitulation der Pandemiepolitik vor ihrem Souverän lässt die Freitestoption entfallen. Dafür steht Nichtstun als neue Handlungsalternative der gesamten Wirtspopulation zur Verfügung, was außerdem weiterhin für Impf- und Infektionsschutz als Substitute des freiwilligen Selbstschutzes in der Endemie gilt.[4]

Mit der emisch verschwundenen Gefährlichkeit des Virus vermittelt Nichtstun das bestmögliche Erfahrungstupel (L, S). Der Rückkehr zum Dasein vor der Pandemie steht nichts mehr im Weg! Teile der Wirtspopulation haben aber weiterhin im einen und/oder anderen Instrument des Selbstschutzes eine zwar emisch nutzlose, aber gegenüber dem Nichtstun auch kostenlose Handlungsalternative. Alle Alten erhalten als Maximierer des Infimums (Lemma 4, S. 110) bei Einhaltung des (politisch weiterhin empfohlenen) Infektionsschutzes dasselbe Erfahrungstupel, (L, S), wie beim Nichtstun. Für alle Jungen ist Infektionsschutz im Vergleich zum Nichtstun eine schlechte Wahl. Sie bevorzugen das kontaktreiche *Dolcefarniente*, dem die Alten, schon im Besitz dieser Erfahrung, weiterhin gleichgültig gegenüberstehen.

Auch Impfen ist für Alt und Jung eine Handlung, die das Erfahrungstupel (L, S) bewahrt. Es nützt und schadet nichts. Ausgenommen davon sind lediglich die jungen Impfkostenträger mit geringen und moderaten Impfkosten. Das emisch schon gesicherte gute Sterben verdirbt ihnen

---

3 Damit ist Sterben wieder das individuelle exogene Ereignis, und die orthodoxe Ökonomik kann für ihre Analyse des Gesundheitswesens wieder in ihrem eigenen *Courant normale* der Normierung von Formel (5) (S. 68) bleiben.

4 Wegen der emischen Wirkungslosigkeit für die Sterbeerfahrung gibt es auch keinen Unterschied mehr zwischen freiwilligem und staatlich koordiniertem Infektionsschutz.

Tabelle 11: Endemische Phase

Fall		**Handlungsalternativen**			**Gewinner des Einstiegs in die endemische Phase**	**Wegfall der Dominanz des Selbstschutzes für**
		Nichtstun	**Impfen**	**Infektions-schutz**		
16. Impfbereite	Alt	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	keine	alle
	Jung	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(l, S)		
17. Impfunfähige	Alt	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$		$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	Junge	Alte und junge ep. Pessimisten
	Jung	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$		(l, S)		
18. Vormalige Impfskeptiker	Alt	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$		
	Jung	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	(l, S)		
19. Impfkostenträger	Alt	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})^{gering}$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	Junge mit moderaten und extremen Impfkosten	alle außer junge ep. Optimisten mit extremen Impfkosten
	Jung	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})$	$(\boldsymbol{L}, \boldsymbol{S})^{gering}$ $(L, l^i)^{moderat}$	$(l, S)^{eP\ moderat}$ $(l, S)^{eP\ extrem}$		

die Impfwilligkeit. Impfunfähige nehmen ihren Impfausschluss ohne Einbuße gegenüber den Impffähigen hin. Die vormaligen Impfskeptiker verschmelzen in ihrem machbaren Erfahrungstupel mit der Gruppe der Impfbereiten. Ihr Glaube an die Unwirksamkeit der Impfung wird jetzt durch den Glauben an ihre Irrelevanz ersetzt. Mit epikureischen Präferenzen verschwindet in der endemischen Phase der Krankheit die Impfwilligkeit nicht ganz. Sie bleibt in Teilen der Wirtspopulation erhalten als etwas, dem man mit Gleichmut gegenübersteht, wie wenn die Tetanusimpfung wieder einmal ansteht und man sie diesmal fast vergessen hat.

Selbstschutz durch Impfen oder Infektionsschutz bleibt auch in der Endemie ein beobachtbares Verhalten, beide haben durch den Verlust der Vorteilhaftigkeit nur an Dringlichkeit verloren. Ein Teil der Wirtspopulation optiert für eine Form des Selbstschutzes, so wie manche in der Grippezeit schon immer Menschenmassen gemieden und andere sich gegen Grippe haben impfen lassen, während wieder andere nichts tun und alle nebeneinanderher leben. Das Virus ist in den Kreis der gewöhnlichen Krankheitsursachen aufgenommen worden. Man hat sich mit ihm arrangiert.

Selbstverständlich wird niemand in der Wirtspopulation durch den emischen Wegfall der schlechtesten möglichen Erfahrung, s, schlechter als in der pandemischen Phase gestellt. Es gibt aber auch emische Gewinner der Transformation, nämlich jene, die im Vergleich zum 3G-Regime erwarten, in der Endemie bessere Erfahrungen zu machen. Indifferente und Gewinner sind in Tabelle 11 zusammengefasst. Indifferent sind alle Alten und unter den Jungen die Impfbereiten und jene mit geringen psychischen Impfkosten. Gewinner sind die Jungen unter den Impfunfähigen und vormaligen Impfskeptikern sowie die Jungen mit moderaten und extremen psychischen Impfkosten. In dieser Konstellation der Wirtspopulation stand im Jahr 2022 das in Deutschland so bezeichnete »Team Vorsicht« mit seiner Ablehnung einer Rückkehr zur Normalität auf verlorenem Posten: Sie blieben einsame Rufer im Wald der Indifferenten und Laissez-faire-Befürworter. Ihr Mahnen verhallte neben dem vielstimmigen »Jetzt ist aber genug!«.

Epidemie des Leichtsinns

Die Endemie geht einher mit der Erosion des Selbstschutzinteresses. Tabelle 11 fasst diesen Prozess in der letzten Spalte zusammen. Die Erosion zeigt sich im Wegfall des Impf- und/oder Infektionsschutzes als im Vergleich zum 3G-Pandemieregime dominante Handlung. Die gesamte Wirtspopulation hat im Nichtstun mit dem Erfahrungstupel (L, S) eine mindestens so präferierte Handlungsalternative wie jede Form des Selbstschutzes. Dies erodiert das Selbstschutzinteresse bei jenen Fällen, in denen im 3G-Regime eine oder beide Formen des Selbstschutzes das Freitesten als das dem Nichtstun äquivalente Verhalten dominiert hat. In diesem Sinn nimmt der »Leichtsinn« der Wirtspopulation zu. Tabelle 11 zeigt, dass alle Alten leichtsinniger werden, ihnen bringt der Selbstschutz keinen Vorteil mehr. Unter den Jungen gehören zu den neuen Leichtsinnigen die Impfbereiten und die epikureischen Pessimisten unter den Impfunfähigen sowie den (vormaligen) Impfskeptikern. Es gibt aber auch Junge, die in der Endemie nicht leichtsinniger werden, allein weil sie in der Pandemie schon leichtsinnig waren: Die jungen epikureischen Optimisten unter den Impfunfähigen haben bereits im 3G-Regime jede sich bietende Chance aufs *Dolcefarniente* durch Freitesten genutzt; zu ihnen gehören auch die jungen epikureischen Optimisten unter den vormaligen Impfskeptikern und denjenigen mit extremen psychischen Impfkosten.

Angesichts dieser Epidemie des Leichtsinns kam die C19-Sommerwelle 2022 nicht als Überraschung, und der selbst ernannte »Minister des Teams Vorsicht« Lauterbach wurde mit seinem ewigen Warnen vor einem epidemischen Katastrophenherbst 2022 zur tragischen Figur der Endemie.

German Angst und schwedisches Vabanque

Der Staat kann die Transformation der Pandemie in die Endemie nicht verhindern, sondern nur hinauszögern. Er kann sie aber jederzeit beschleunigen. Während in deutschen Bundespressekonferenzen die Sorgen des Teams Vorsicht wöchentlich verkündet wurden, erklärte der Chefepidemiologe der schwedischen Regierung bereits zu Beginn der Pandemie lakonisch, Einschränkungen des Lebens brächten nichts, das Virus sei nun mal da und man müsse lernen, mit ihm zu leben: deutsche

Katastrophenpolitik im Dauermodus und schwedische Endemiepolitik schon ganz früh in der Pandemie.

Das schwedische Laissez-faire wurde in deutschen Medien als verantwortungsloses Vabanquespiel mit dem Leben der Bevölkerung kritisiert, und stattdessen wurde einstimmig das Loblied der deutschen Vorsicht angestimmt. Umgekehrt wurde im Ausland die strengere deutsche Pandemiepolitik als »German Angst« abgetan. Stand Juli 2022 entsprach die C19-Gesamtfallzahl in Schweden 24 Prozent der Bevölkerung, in der Schweiz 45 Prozent und in Deutschland 36 Prozent. Der Anteil der C19-Toten an der Bevölkerung lag in Schweden bei 0,18 Prozent, in Deutschland bei 0,17 Prozent und in der Schweiz bei 0,16 Prozent. Fall- und Todeszahlvergleiche werden bei der Ursachenforschung einer vertiefteren Analyse unterzogen werden müssen, die die Forschung noch auf Jahre beschäftigen wird. Die blanken Zahlen legen jedoch (vorläufig und spekulativ) nahe, dass die Variationen in der internationalen Pandemiepolitik nicht zu sehr großen Unterschieden in den Todeszahlen geführt haben. Länder wie Schweden und die Schweiz liegen bei den Todeszahlen gegenüber Deutschland nicht mit großem Abstand vorn, punkten in ihrer C19-Politik aber klar beim Freiheitsschutz.

Das ständige Ringen der deutschen C19-Pandemiepolitik noch um allerkleinste Nuancen der Anpassung erweist sich mit Blick auf die erzielten epidemischen Auswirkungen als von *Mort interdite* entfachter Sturm im Wasserglas. Deshalb ist für den Umgang mit künftigen Krisen die epikureische Verwesentlichung der Pandemiepolitik umso angezeigter, auch um zu verhindern, dass *in* einer künftigen Krise das Gut Freiheit lexikografisch erneut hinter das Gut Gesundheit zurückgestellt wird. Um das zu erreichen, ist in der Pandemiepolitik *für* die Krise das Tabu des *Mort interdite* konsequent aufzuarbeiten.

Konsistenz und Rationalität

Konsistenz des Verhaltens gilt gemeinhin als notwendige Voraussetzung für rationales Verhalten. Damit besitzt Rationalität eine emische Ontologie: »Leichtsinn« – sich immer nur freizutesten, ohne sich jemals impfen zu lassen – kann vom Team Vorsicht nicht für irrational erklärt werden, wenn er Bestandteil des konsistenten Verhaltens bleibt. Umgekehrt kann dem von Team Vorsicht trotz sichtbarer Entspannung der pandemischen Lage konsequent vorgetragenen Mahnen nicht der Vor-

wurf der Irrationalität gemacht werden. In ihm zeigen sich lediglich die lexikografischen Präferenzen für den Gesundheitsschutz der Vorsichtigen, koste es, was es wolle!

Wenn aber Konsistenz tatsächlich notwendig für rationales Verhalten wäre, stellt sich die Frage, wie manche der hier analysierten Verhaltensweisen rational sein können, so sie doch offensichtlich inkonsistent sind – wie die Transformation der Pandemie in die Endemie hinein und auch der Wechsel der Ethik der Pandemiepolitik: von einer Pandemiepolitik *für* die Krise zu einer Pandemiepolitik *in* der Krise und zurück.

Inkonsistenz kann aber durchaus rational sein, wie im Zitat von Ken Binmore am Kapitelanfang zu lesen. Die Nichtausschließbarkeit von neuem Wissen solcher Tragweite, dass es unvernünftig wäre, an alten Zöpfen festzuhalten, verbietet es, Rationalität zwingend an die Konsistenzbedingung zu knüpfen. Die in Kapitel 4 gegebene Begründung für den Wechsel von der Ethik *für* die Krise zur Ethik *in* der Krise stützt sich zum Beispiel auf ebendieses Eintreffen neuer Informationen solcher Tragweite. Auch die durch den Wechsel von der schlimmsten emischen Sterbeerfahrung s zur emisch einzig machbaren Sterbeerfahrung S vollzogene Transformation der Pandemie zur Endemie kann auf solch neu eingetroffene Informationen zurückgehen. Wenn dann die Wirtspopulation aufhört, den andauernden Kassandrarufen von Team Vorsicht Gehör zu schenken, und ein Teil der Wirtspopulation »leichtsinnig« wird, hat das folglich nichts mit Irrationalität zu tun, allenfalls stellt es sich ex post als Fehleinschätzung der Lage heraus.

Zur Beurteilung von Verhalten als konsistent oder inkonsistent gehört auch eine Zeitkomponente. In der Mangelwirtschaft war es üblich, dass der Gürtel permanent eng geschnallt blieb und nur zu bestimmten Anlässen – Hochzeiten, wiederkehrende Feste im Jahresablauf – verschwenderisch gelebt wurde, so als ob es kein Morgen gäbe. Danach wurde der Gürtel wieder umso enger geschnallt. In der ökonomischen Logik der Konsumglättung ist dieses Verhalten irrational, denn: Eine über die Zeit gleichmäßige Verteilung der knappen Ressourcen stiftet bei abnehmendem Grenznutzen einen größeren Gesamtnutzen. Demgegenüber haben aber die Kulturwissenschaften gezeigt, dass kollektive Konsumexzesse eine wichtige Funktion für den Zusammenhalt der Gesellschaft haben: Sie vermögen das Wir-Gefühl aufrechtzuerhalten, das unter dem ständigen Regiment von Mangel vergehen würde. Im Analogieschluss können so Exzesse des Leichtsinns – Oktoberfest, gefüllte Sportstadi-

en, Fastnacht – in Pandemie und Endemie die Qualität von Rationalität erlangen.

Auch der Wechsel im Für und Wider die Loyalität gegenüber dem Staat ist kein Beleg für die Irrationalität des Wirtsorganismus. Wenn neue Informationen großer Tragweite generell die Loyalität kurzfristig stärken und das Mantra fortwährender Gefahr von Team Vorsicht sie langfristig schwächt, egal um welche Krisen es sich handelt, dann steckt im Wechsel genau jene Konsistenz, die gemeinhin von der Rationalität gefordert wird.

Schon in der Pandemiepolitik *für* die Krise muss deshalb Wissen um solche Zyklen aufgebaut werden. Und um diesen Aufbau zu schaffen, braucht es die Einbeziehung von Sozial- und Kulturwissenschaften ins Expertensystem.

Konsistenz und Würde

Konsistenz wird als Voraussetzung von Rationalität überbewertet, als Voraussetzung von Würde unterbewertet. Inkonsistenz ist eine Gefahr für die Würde, wenn sie den Menschen aufgezwungen wird, genauso verhält es sich aber auch mit aufgezwungener Konsistenz. Dies legt die C19-Impfpflichtdebatte offen.

Für Contra-Entscheider unter den Impfgegnern wäre eine *de lege lata* Impfpflicht nicht nur eine Verletzung ihrer Autonomie über den eigenen Körper gewesen, sie hätte auch die Fortsetzung ihres bisherigen Verhaltens verhindert. Diese oktroyierte Inkonsistenz hätte also einen Bruch in ihrer Vita verursacht. Menschen mögen jedoch Konsistenz in ihrer Biografie, nicht aus einem Streben nach Rationalität, sondern um ihre persönliche Identität zu kuratieren.[5] Nur eine konsistente Vita schafft eine geschätzte persönliche Identität. Deshalb erfinden Menschen Narrationen, die die Brüche in ihrem Leben wie Karriereknick, Trennung, Aussteigertum usw. trotz aller Widersprüche zu einem konsistenten Ganzen zusammenzuschweißen versuchen. Wenn dies nicht gelingt, nimmt ihre Würde Schaden. Jeder erzwungene Eingriff in den Körper ist deshalb eine Gefahr für die Würde des Menschen, und aus ebendiesem Grund provozierte die Forderung nach der Impfpflicht so vehementen Widerstand.

5 Giddens 1991.

Jede Pandemiepolitik, die den Menschen Inkonsistenzen aufzwingt, hat ein Legitimationsproblem. Das betrifft nicht nur die Impfpflicht, sondern genauso auch den Infektionsschutz im Pflegeheim, wenn er aufgezwungene soziale Isolation seiner Bewohner bedeutet. Nicht nur Würde im Sterben, sondern auch die Wahrung der Würde im Leben muss das Ziel der Pandemiepolitik *in* der Krise sein. Auch hierzu muss das Tabu des *Mort interdite* schon in der Pandemiepolitik *für* die Krise auf die Agenda gesetzt werden.

Aber auch Konsistenz schafft ein Problem für die Politik, nämlich dann, wenn auch sie verordnet ist. Jenen Impfwilligen, die sich freiwillig impfen lassen würden, auch weil sie (subjektiv) keine Gefahrenquelle für Dritte sein wollen, wird durch die Impfpflicht die Möglichkeit zur guten Tat genommen. Das Problem besteht darin, dass die konsequentialistische Konsistenz der Impfpflicht für Impfwillige eine tugendethische Inkonsistenz hinsichtlich der Fähigkeit zur guten Tat verursacht und dadurch die Würde des Altruisten verletzt.

In der Summe dieser Argumente ist nicht die Wirkung auf Konsistenz und Inkonsistenz im menschlichen Verhalten das Problem der Pandemiepolitik *in* der Krise, sondern die Inpflichtnahme des Menschen an sich: Wenn Pflicht aus Not in ein ansonsten pflichtarmes Umfeld kommt, leidet die menschliche Würde so oder so. Das Schutzziel Freiheit erlangt hiermit eine instrumentelle Funktion: Nur durch sie bleibt die Würde des Menschen auch in der Krise gewahrt.

Das neue (alte) Supremum

In der Endemie wird nicht alles wieder wie vor der Pandemie. Dies ist zumindest die Evidenz aus vergangenen Epidemien. Das Gesellschaftssystem kann zu kippen beginnen und die Gesellschaftsstruktur sich verändern. Das war beim Schwarzen Tod der Fall, als das auf der Konstanz der Blutlinie aufbauende europäische Feudalsystem durch die Dezimierung des Adels unter Druck geriet und die Verknappung des Faktors Arbeit die Löhne der Handwerkerschaft in die Höhe trieb. In der Folge kam es zum Aufstieg der Zünfte und der Stadt als das Gegenmodell zum Feudalsystem. Zum anderen resultierten aus der Lernkurve vergangener Epidemien nicht nur Verbesserungen im Gesundheitssystem, sondern auch kulturelle Transformationen, wie zum Beispiel das in Kapitel 1 beschriebene Verschwinden des Todes als Ereignis aus dem sozialen Leben. Es

ist also nicht ausgeschlossen, dass im Rückblick auf heute die C19-Pandemie die Gesellschaft (mit-)transformiert haben wird.

Aus der epikureischen Perspektive betrifft dies die Frage, ob die in einem Leben bestmögliche Erfahrung, das gute Leben, L, nach der C19-Pandemie noch dasselbe ist wie vor der Pandemie. Es geht aus dieser Perspektive also nicht um Makrotransformation, wie etwa einen politischen oder ökonomischen Systemwechsel, die Beendigung des Weltprojekts der Globalisierung oder Ähnliches. Es geht um das alltägliche Leben, das uns unsere geschätzten Erfahrungen schenkt. Welche Veränderungen in unserem Alltag zeichnen sich ab?

- In der C19-Pandemie gab es das Lager der Underperformer, die staatliche Vorschriften verletzten, weil es Vorschriften waren. Und es gab systematische Overperformer, die die Vorschriften übererfüllten. Underperformer verschwinden in der Endemie, Overperformer behalten einen Teil des erlernten Selbstschutzes in ihrem habituellen Verhalten bei. Zum Beispiel wird der in Asien schon aus Gründen des Anstands in der Öffentlichkeit getragene und im Westen vor der Pandemie verpönte Mund- und Nasenschutz nicht mehr ganz aus dem Alltag verschwinden. Dafür wird die südländische Begrüßung (Wangenküsschen) und das ständige Händeschütteln nicht mehr so häufig zu sehen sein. Und die *Erlebnisindustrie* (Gastronomie, Tourismus, Sport, Kultur, Eventmanagement) hat einen Teil ihrer Kundschaft für immer verloren.
- C19 war auch eine Sinnkrise. In Sinnkrisen wird das dem Expressionsinteresse dienende *Was* des persönlichen Stils über das *Wie* (handwerkliche Ausführung) gestellt. Ästhetisch werden Stile deshalb »schlampiger« werden. Der im Lockdown gezeigte Homeoffice-Stil wird sich als Pyjamastil in der Kleiderordnung (weiter) verfestigen, und im formellen Rahmen zeigt sich diese Entwicklung im immer häufiger zu sehenden Krawattenverzicht oder auch Freitagsstil, der als *Smart Casual* zum professionellen Ganzwochenstil wird. Haben-Stile (Protz, Luxuslabels) werden (noch) uncooler, Sein-Stile (noch) cooler. Die Luxusindustrie gerät unter Druck.

Die Liste ließe sich verlängern. Die hier skizzierten Entwicklungen sind lediglich exemplarisch für das, was am guten Leben nach der Pandemie anders als vor der Pandemie sein wird. Nach der Pandemie ist vor der

Pandemie. Mit diesem neuen guten Leben als Schutzziel starten wir in die nächste Pandemie.

Aus der epikureischen Perspektive auf die nächste Pandemie hat sich im Hinblick auf das gute Leben, L, aber gar nichts (Wesentliches) verändert, solange die intrinsischen ordinalen Präferenzen von Tabelle 1 unverändert gelten, also zum Beispiel weiterhin Fall a, $L > l > \mathrm{S} > \mathrm{s}$, gilt. Der oben exemplarisch skizzierte Wandel des guten Lebens wird nicht ausreichen, dass das schlechte, kontaktarme Leben unter dem Zero-Virus-Regime mehr geschätzt werden wird als das neue gute Leben, in der nächsten Krise also $l > L$ gilt. Epikureische Lehren aus der C19-Pandemie können dann aber auch für künftige Krisen gezogen werden. Wenn das hier entwickelte Modell der Pandemiepolitik *in* der Krise schon ein brauchbarer Leitfaden für die Bewältigung der C19-Pandemie gewesen wäre, dann ist es ein brauchbarer Leitfaden auch für die nächste Pandemie.

Sensenmann: Feind der Freiheit?

Die Prämisse der vorliegenden epikureischen Analyse ist der Konflikt zwischen dem Freiheitsschutz und dem kollektiven Gesundheitsschutz: Der Gesundheitsschutz, der mit einer Law-and-Order-Politik das schlechte Sterben, s, zu vermeiden sucht, verhindert die Freiheit, die sonst das gute Leben, L, ermöglichte. Gesundheitsschutz ist epikureische Infimum-Politik, und Freiheitsschutz ist Supremum-Politik. In der epikureischen Analyse ist die (bisherige) deutsche C19-Pandemiepolitik *grosso modo* Infimum-Politik auf Kosten der Supremum-Politik gewesen. »Alles hat seinen Preis«, sagt Team Vorsicht, »aber der ist zu hoch!«, sagt Team Freiheit. Dies ist der in der Pandemie angelegte gesellschaftliche Konflikt. Er kann zugespitzt werden zur These: »Der Sensenmann ist der Feind der Freiheit!«

Gibt es diesen Konflikt überhaupt? Im Hinblick auf die Marktwirtschaft, die vom Projekt der Freiheit getragen ist, lautet die spontane Antwort »Ja«! Der Lockdown war für die gesamte Erlebnisindustrie ein Berufsverbot per Transaktionsverbot mit ihren Kunden. Freiheitsrechte auf beiden Marktseiten wurden verletzt.

Es gibt aber eine Gegenthese, die lautet: »Eine gesunde Wirtschaft setzt gesunde Menschen voraus.«[6] In der Erlebnisindustrie gibt es nichts Gutes mehr zu erleben, wenn alle, Kunden wie Dienstleister, krank sind. Das lässt sich auf den Rest der Wirtschaft übertragen: Die Wirtschaft braucht gesundes Personal, und die Konsumenten brauchen ihre Gesundheit, um gute Kunden zu bleiben. Und was für die Wirtschaft gilt, gilt hier auch für die Gesellschaft als ganze: »Eine gesunde Gesellschaft setzt gesunde Menschen voraus.« Die außermarktliche Interaktion, die für das gute Leben, S, so wertvoll ist, muss in guter Gesundheit gepflegt werden können.

In der Gegenthese unterstellt ist eine letale Erkrankung mit dem Potenzial, den Großteil der Bevölkerung zu erfassen – eine Unterstellung, die in der C19-Pandemie für Team Vorsicht handlungsleitend war. Die Gegenthese lässt sich deshalb so zuspitzen: »Freiheit ist für die Katz, wenn alle vom Sensenmann dahingerafft werden!«[7]

Wenn mit »Gesundheit« die Abwesenheit des sicheren (oder wahrscheinlichen) vorzeitigen schlechten Sterbens, s, oder eines dementsprechenden Siechtums (Long Covid) gemeint ist, dann ist gegen keine Variante der Gegenthese etwas einzuwenden.[8] Infimum-Politik, konkret die Maximin-Politik der Sicherung bestmöglicher Volksgesundheit in der Pandemie, hat dann nicht nur lexikografisch Vorrang vor der Supremum-Politik, sondern ist deren *Conditio sine qua non*: Ohne die Abwendung des schlechten Sterbens, s, ist an die Frucht der Freiheit, L, gar nicht zu denken.

Die Gegenthese hat aber eine Crux, nämlich das unterstellte »Faktum«: Die Pandemie rafft ohne Gegensteuerung einen nicht tolerierbaren Teil der Bevölkerung dahin. Unter der Voraussetzung der Ungewissheiten und der Dynamik einer grassierenden Pandemie handelt es sich beim unterstellten Faktum jedoch um ein Szenario, das zwar modellierbar sein mag, aber die Qualität eines Faktums erst *post festum* erlangen kann.

Als Input in die Politikfindung kann die Gegenthese deshalb nur eine von mehreren möglichen bleiben. Zur allein handlungsleitenden ver-

6 Kolmar 2020.

7 Es ist die pandemische Variante der These »Lieber rot als tot« der Pershing-II-Aufrüstungsgegner gegen Ende des Kalten Kriegs.

8 Es sei denn der Tod als Zustand, T, hat wie in den abrahamitischen Thanatologien einen (potenziell) positiven Wert.

mag sie nur dann zu werden, wenn sie von der Maximin-These sekundiert wird: Mit der *Möglichkeit* einer so schlimmen pandemischen Entwicklung ist einzig die Infimum-Politik legitim! Das schlechte Sterben ist abzuwenden, koste es, was es wolle!

In der C19-Pandemie wurde die Gegenthese zwar von Team Vorsicht vertreten, die sekundierende Maximin-These aber nicht explizit gemacht noch begründet. So als ob die These alternativlos sei. Im vorliegenden epikureischen Ansatz ist die Maximin-These und die darauf gestützte Infimum-Politik hingegen nur eine von mehreren Lösungen (vgl. Lemma 4, S. 110), die zudem diskriminierend sein kann (Proposition 1 und 2, S. 118, 132).

Das epikureische Modell (Kapitel 6) kommt im Hinblick auf die getroffenen Annahmen Team Vorsicht sogar so weit wie irgend möglich entgegen, weil es exakt die zur Stützung der Gegenthese vorausgesetzte absolut letale Wirkung des Virus unterstellt. Mit Axiom 3 (S. 127) verbietet es auch jede Mischkalkulation besserer und schlechterer Erfahrungen. Und trotzdem leitet es zu dem Schluss, dass die Infimum-Politik bestenfalls Output der Pandemiepolitikfindung sein kann, aber niemals Input. Das heißt: Die Gegenthese »Freiheit ist für die Katz, wenn alle vom Sensenmann dahingerafft werden!« ist keine hinreichende Begründung zur Opferung der Freiheit auf dem Altar des Gesundheitsschutzes.

Die unausgesprochenen Bedingungen der Gegenthese wurden in der C19-Pandemie vom Tabu des *Mort interdite* überdeckt, weil es eine öffentliche Debatte mit offenem Ausgang über die Alternativen Infimum-Politik oder Supremum-Politik verbot. Übrig blieb die Leitidee, das Virus zerstöre alles: Gesundheit, Wirtschaft, Gesellschaft, das gute Leben. Wie der Feind im Kalten Krieg. Nicht der Sensenmann ist der Feind der Freiheit, sondern das Tabu des *Mort interdite*.

Mort interdite – quo vadis?

Mit einem neuen Supremum, das epikureisch keinen Unterschied zum alten C19-Supremum macht, und mit dem weiterhin wirksamen *Mort interdite* wird auch in der nächsten Pandemie wieder gelten: »*Mort interdite* ist der Feind der Freiheit!« Das heißt, auch in Zukunft werden der Pandemiepolitik *in* der Krise die Hände gebunden bleiben und die Infimum-Politik lexikografisch über die Supremum-Politik gestellt werden. Kurz: Die Pandemiepolitik *in* der Krise wird potenziell diskriminierend blei-

ben. Mit dem Fortbestand des Tabus kann die Politik aus der C19-Pandemie gar nichts lernen!

Schlüsse aus der Pandemie zu ziehen ist nur durch den politischen Tabubruch von *Mort interdite* möglich. Und das heißt: einen offenen Diskurs in der Pandemiepolitik *für* die Krise zu führen über die Zumutbarkeit oder Unzumutbarkeit des Risikos (über-)voller Intensivstationen, über die Fähigkeit oder Unfähigkeit des Staates, das Schlimmste zu verhindern, über die Sinnhaftigkeit von »Koste es, was es wolle!« und letztlich über die (Un-)Zumutbarkeit des Sterbens im Sozialen. Ohne *Mort interdite* hat die Pandemiepolitik *in* der Krise freiere Hand, zwischen Infimum- und Supremum-Politik abzuwägen. Eine so gefundene rationale Entscheidung mag zwar erneut aufs Maximin der Infimum-Politik hinauslaufen, aber erst nach einer Prüfung mit offenem Ausgang. Nur wenn der Politik dieser Tabubruch gelingt, wird ihr eine Entscheidung (mit offenem Ausgang) zwischen – zum Beispiel – dem deutschen und dem schwedischen Weg durch die nächste Pandemie möglich werden. Dies bleibt nach der C19-Pandemie als die gemeinsam zu bewältigende Aufgabe von Team Vorsicht und Team Freiheit zurück: Denn Tabu stabilisiert, nur der Tabubruch macht Veränderung möglich.

Die vorliegende Kulturökonomik des Wirtsorganismus Mensch mündet somit in einen unrealistischen Vorschlag: Der verlangte Tabubruch von *Mort interdite* ist politischer Selbstmord. Er bleibt trotzdem die wichtigste unerledigte Aufgabe einer Pandemiepolitik *für* die Krise. Technische und organisatorische Nachbesserungen und Innovationen bei der Digitalisierung von Behörden, den Meldeketten, Apps usw. sind notwendig, reichen aber nicht aus. Die C19-Pandemie(politik) hat die Macht der Kultur in der Krise erfahren. Tabus sind Teil der Kultur, die ihrerseits aber nicht statisch, sondern einem permanenten Wandel unterzogen ist, auch dem von kommenden und endenden Tabus. Damit bekommt die Pandemiepolitik *für* die Krise ihre wichtigste Aufgabe: Sie muss in diesem Sinn Kulturpolitik werden.

Ich und mein Tod

Wir haben uns in der C19-Pandemie in der Nebenrolle der Nörgler eingerichtet, uns mit ihr abgefunden, sie vielleicht sogar ein wenig genossen. Wir, die Wirtspopulation, und ich, der Wirtsorganismus, waren aber in Wirklichkeit die einzig handelnden Akteure in diesem Geschäft.

Wir handelten als Tabunehmer von *Mort interdite* durch Unterlassung und als Tabuwächter von *Mort interdite* durch Schulmeisterei der Politik. Durch uns blieben ihr die Hände gebunden. Im Ringen zwischen Team Vorsicht und Team Freiheit gab es keine Waffengleichheit. Es konnte nur auf die Infimum-Politik hinauslaufen – koste es, was es wolle! Tabu stabilisiert.

Nur der Tabubruch macht Veränderung möglich. Kann ich mir vorstellen, ich könnte im Diskurs mit mir selbst das Tabu überwinden? Dass das Sterben – einer wie die andere! – in einer kollektiven existenziellen Krise nicht mehr die unerhörte Zumutung für mein durchindividualisiertes Dasein wäre, die es in der C19-Pandemie noch war? Dass es das Risiko, dass ich selbst keine Aufnahme in eine Intensivstation finde, geben darf? Das Risiko, wegen Mangels an Beatmungsgeräten vor der verschlossenen Tür zu ersticken? Gegebenenfalls in einem Massengrab zu enden – hier mitten in Europa? Ohne dass das politische System zwingend schuld an alldem wäre? Kann ich mir vorstellen, dass die Vorstellung meines Todes wieder eine soziale wird? Als exemplarischer Fall, der in meinem ob des Streits über den richtigen Weg durch die C19-Krise fast zerbrochenen Freundeskreis die vom Unausgesprochenen geschlagenen Wunden heilen hilft? Dass ich zugebe, es nicht geschafft zu haben, klar über die C19-Pandemie nachzudenken, weil mein eigener Tod mir im Wege stand?

Falls nein, bleibe ich Tabunehmer von *Mort interdite* und auch in der nächsten Pandemie sein Wächter. Die Pandemiepolitik wird wieder zur Infimum-Politik gezwungen sein, wie gehabt. Nur falls ja, wird die Pandemiepolitik ergebnisoffen zwischen Infimum-Politik und Supremum-Politik abwägen können, wohin auch immer diese Abwägung dann führen mag. Das Trauma der letzten Pandemie ist ein Impuls für ein weiteres Kapitel in der Kulturevolution von Tod, Sterben und Leben. Nur wenn es bis zur nächsten Pandemie aufgeschlagen worden ist, haben wir aus C19 etwas gelernt. »Ich und mein Tod« ist der Impuls, den der Wirtsorganismus Mensch dazu beisteuern kann.

Literaturverzeichnis

Ahlert, M. et al. (2015). »How You Ask is What You Get: Framing Effects in Willingness-to-Pay for a QALY«. *Social Science & Medicine* 150: 40–48

Anderson, K. A. et al. (2011). »Gardens of Stone: Searching for Evidence of Secularization and Acceptance of Death in Grave Inscriptions from 1900–2006«. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 63(4): 359–371

Ariès, P. (1981). *The Hour of Our Death*. Oxford, Oxford University Press

Barberia, I. et al. (2018). »Virtual Mortality and Near-Death Experience After a Prolonged Exposure in a Shared Virtual Reality May Lead to Positive Life-Attitude Changes«. *PLoS One* 13(11: e0203358)

Becker, G. S. (1992). »Habits, Addictions, and Traditions«. *Kyclos* 45(3): 327–345

Beglin, D. (2017) »Should I Choose to Never Die? Williams, Boredom, and the Significance of Mortality«. *Philosophical Studies* 174: 2009–2028.

Beschorner, T. und M. Kolmar (2021). »Eine Diskriminierung von Ungeimpften ist ethisch gerechtfertigt«. *Zeit Online – Gesellschaft*. Zuletzt abgerufen am 01.08.2022 von https://www.zeit.de/gesellschaft/2021-07/corona-impfung-pflicht-ethik-massnahmen-grundrechte

Binmore, K. (2007). »Rational Decisions in Large Worlds«. *Annales d'Économie et de Statistique* 86: 25–41

Binmore, K. (2016). »Life and Death«. *Economics and Philosophy* 32: 75–97

Bourdieu, P. (1974). *Zur Soziologie der symbolischen Formen*. Frankfurt a.M., Suhrkamp

Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede – Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a.M., Suhrkamp

Bundesgesundheitsministerium (2020). »In dieser Pandemie gibt es keine absoluten Wahrheiten«. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interviews/focus-110920.html

Bundesregierung (2013). »Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012«. Berlin, Deutscher Bundestag. Drucksache 17/12051

Buonomano, D. (2017). *Your Brain is a Time Machine: The Neuroscience and Physics of Time*. New York, W.W. Norton

BVerfG (2021). Beschluss des Ersten Senats vom 16. Dezember 2021. *1 BvR 1541/20-, Rn. 1–131*. Karlsruhe. http://www.bverfg.de/e/rs20211216_1bvr154120.html

Canofari, P. et al. (2017). »The Importance of Being Remembered: Prices for Cemetry Plots in the US«. *Economic Modelling* 64: 638–645

Chan, E. Y. (2021). »Moral Foundations underlying Behavioral Compliance during the Covid-19 Pandemic«. *Personality and Individual Differences* 171: 1–10

Dawkins, R. (1989 [1976]). *The Selfish Gene*. Oxford, Oxford University Press

De la Croix, D. et al. (2012). »How Powerful is Demography? The Serendipity Theorem Revisited«. *Journal of Population Economics* 25: 899–922

Dumsday, T. (2017). »Transhumanism, Theological Anthropology, and Modern Biological Taxonomy«. *Zygon: Journal of Religion and Science* 52(3): 601–622

Dylan, B. (1973). »Forever Young«. *Planet Waves*, Ram's Horn Music

Felder, S. (2016). »›How Powerful is Demography? The Serendipity Theorem Revisited‹ – Comment on De la Croix et al. (2012)«. *Journal of Population Economics* 29(3): 957–967

Feller, R. (1955). *Geschichte Berns*. Bern, Herbert Lang & Cie.

Gaitàn, L. (2019). »Heaven on Earth: The Mind Uploading Project as Secular Eschatology«. *Theology and Science* 17(3): 403–416

Gamlund, E. und C. T. Solberg (Hrsg.) (2019). *Saving People from the Harm of Death. Population-Level Bioethics*. New York, Oxford University Press

Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity – Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge, Polity Press

Gillespie, J. H. (2016). »Sartre and the Death of God«. *Sartre Studies International* 22(1): 41–57

Gorer, G. (1965). *Death, Grief, and Mourning in Contemporary Britain*. London, Cresset Press

Grossman, M. (1972). »On the Concept of Health Capital and the Demand for Health«. *Journal of Political Economy* 80(2): 223–255

Grygianiec, M. (2016). »Criteria of Identity and Two Modes of Persistence«. *Filozifia Nauki* XXIV (2 [94]): 17–29

Hadwiger, M. et al. (2021). »Cardiac Resynchronisation Therapy in Patients with Moderate to Severe Heart Failure in Germany: A Cost-

Utility Analysis of the Additional Defibrillator«. *Applied Health Economics and Health Policy* 19: 57–68

Hannig, R. (2009). *Die Sprache der Pharaonen – Großes Handwörterbuch Ägyptisch – Deutsch (2800–950 v. Chr.)*. Mainz, Philipp von Zabern

Harari, Y. N. (2017). *Homo Deus – Eine Geschichte von Morgen*. München, C.H. Beck

Hausoul, R. R. (2019). »Theology and Cosmology: A Call for Interdisciplinary Enrichment«. *Zygon: Journal of Religion and Science* 54(2): 324–336

Henderson, R. K. und S. Schmall (2021). »Disease and Disapproval: Covid-19 Concern is Related to Greater Moral Condemnation«. *Evolutionary Psychology* 19(2): 1–10

Hirschman, A. O. (1970). *Exit, Voice, and Loyality: Responses to the Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA, Harvard University Press

Holmen, H. A. (2018). »Why Die – A Philosophical Apology of Death«. *International Journal of Philosophy and Theology* 79(1-2): 136–155

Hugonnier, J. et al. (2019). »Closing Down the Shop: Optimal Health and Wealth Dynamics Near the End of Life«. *Health Economics* 29(2): 138–153

Inglehart, R. und C. Welzel (2005). *Modernization, Cultural Change, and Democracy – The Human Development Sequence*. New York, Cambridge University Press

Ingold, F. P. (o. J.). *Boris Vildé – Trost der Philosophie – Tagebuch und Briefe aus der Haft*. Berlin, Matthes & Seitz

Jung, K. (2020). »Brain Transplant and Personal Identity«. *Christian Bioethics* 26(1): 95–112

Kolmar, M. (2020). »Der Pandemie klug trotzen – warum die Idee eines Zielkonflikts zwischen Gesundheit und Wirtschaft falsch ist«. *Meinung*. Zuletzt abgerufen am 01.08.2022 von https://www.nzz.ch/meinung/corona-ein-zielkonflikt-zwischen-gesundheit-und-wirtschaft-ld.1583045

Kraft, H. (2004). *Tabu. Magie und soziale Wirklichkeit*. Düsseldorf, Walter Verlag

Künzel, C. und B. P. Priddat (Hrsg.) (2021). *Fiktion und Narration in der Ökonomie – Interdisziplinäre Perspektiven auf den Umgang mit ungewisser Zukunft*. Marburg, Metropolis Verlag

Kurz, S. (2020). »Bundeskanzler Kurz: Impfung ist der Game Changer – ›Dieser Tag wird in die Geschichte eingehen‹«. Zuletzt abgerufen am 06.07.2022 von https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundesk

anzleramt/nachrichten-der-bundesregierung/2020/bundeskanzler-kurz-impfung-ist-game-changer-dieser-tag-wird-in-die-geschichte-eingehen.html

Lakatos, I. (1970). »Falsification and the Methodology of Scientific Research Programmes«, in: I. Lakatos und A. Musgrave (Hrsg.). *Criticism and the Growth of Knowledge*. Cambridge, Cambridge University Press: 91–96

Langford, J. M. (2015). »Medical Eschatologies: The Christian Spirit of Hospital Protocol«. *Medical Anthropology* 35(3): 236–246

Layard, R. (2005). *Happiness – Lessons from a New Science*. New York, Penguin Press

Lebenbaum, M. et al. (2019). »Evaluating the Cost Effectiveness of a Suicide Prevention Campaign Implemented in Ontario, Canada«. *Applied Health Economics and Health Policy* 838, 28 (2019). https://doi.org/10.1007/s40274-019-6273-z

Lundgren, B. S. und C. A. Houseman (2010). »Banishing Death: The Disappearance of the Appreciation of Mortality«. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 61(3): 223–249

Madan, T. N. (1992). »Dying with Dignity«. *Social Science & Medicine* 35(4): 425–432

Meyer, P. und G. Ponthiere (2020). »Human Lifetime Entropy in a Historical Perspective«. *Cliometrica* 14(1): 129–167

Miller, K. (2005). »The Metaphysical Equivalence of Three and Four Dimensionalism«. *Erkenntnis* 62: 91–117

Millius, S. (2020). »Fehlende Empathie des Gesundheitschef«. *Ostschweiz*, 1. November 2020. https://www.dieostschweiz.ch/artikel/stgaller-gruene-forden-entschuldigung-von-damann-und-deuten-mehr-an-r6g1gNg

Mishan, E. J. (1971). »Evaluation of Life and Limb: A Theoretical Approach«. *Journal of Political Economy* 79(4): 687–705

Nagel, T. (1970). »Death«. *Noûs* 4(1): 73–80

Noebel, C. (2021). *Vertrauen und Verantwortung – Grundlagen einer Gesellschaftsanalyse, Teil II: Wirtschaft*. Remagen, Christoph Noebel

Österle, H. (2020). *Life Engineering – Mehr Lebensqualität dank maschineller Intelligenz*. Wiesbaden, Springer

Perniola, M. (2007). »Cultural Turns in Aesthetics and Anti-Aesthetics«. *Filozofski Vestnik* 18(2): 39–51

Pocock, D. F. (2010). »The Point of Death: A Comparative Anthropological Approach«. *Contributions to Indian Sociology* 44(3): 361–382

Priddat, B. (2021). »Angst, Sorge, Tod«. *Working Paper Serie der Institute für Ökonomie und Philosophie* Nr. 68, Bernkastel-Kues, Cusanus Hochschule für Gesellschaftsgestaltung

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, Harvard University Press

Rosenthal, A. R. (2018). »Love of Life: Deconstruction, Biotech & the Survival of Indefinite Life«. *The Oxford Literary Review* 40(2): 156–180

Schneider, R. (2020 [1992]). *Schlafes Bruder*. Stuttgart, Reclam Tachenbuch

Scholz, O. (2021). »Wir werden nicht über dieses Stöckchen springen«. Zuletzt abgerufen am 06.07.2022 von https://politik.watson.de/deutschland/exklusiv/690944848-was-merkel-scholz-und-laenderchefs-zu-frueherer-impfung-von-politikern-sagen

Scitovsky, T. (1976). *The Joyless Economy – An Inquiry into Human Satisfaction and Consumer Dissatisfaction*. New York, Oxford University Press

Seitz, J. (2020). *TV-Kolumne »Hart aber fair«*. Zuletzt abgerufen am 06.07.2022 von https://www.focus.de/kultur/kino_tv/focus-fernsehclub/tv-kolumne-hart-aber-fair-dauer-warner-lauterbach-ploetzlich-optimistisch-beim-thema-corona-ganz-klarer-durchbruch_id_12640939.html

Sen, A. (1977). »Rational Fools – Critique of Behavioral Foundations of Economic-Theory«. *Philosophy & Public Affairs* 6(4): 317–344

Soerensen, M. und L. W. Andersen (2019). »Accepting the Avoidable Death: The Philosophy of Limiting Intensive Care«. *Bioethics* 33(1): 201–206

Solberg, C. T. (2019). »Epicurean Challenges to the Disvalue of Death«, in: E. Gamlund und C. T. Solberg (Hrsg.), *Saving People from the Harm of Death*. New York, Oxford University Press: 91–104

Sorensen, R. (2006). »Originless Sin: Rational Dilemmas for Satisficers«. *The Philosophical Quarterly* 56(223): 213–223

Stigler, G. und G. S. Becker (1977). »De Gustibus Non Est Disputandum«. *American Economic Review* 67(2): 76–90

Strulik, H. (2019). »Limited Self-control and Longevity«. *Health Economics* 28(1): 57–64

Temkin, L. (2015). »Rationality with Respect to People, Places, and Times«. *Canadian Journal of Philosophy 45(5-6) Special Issue: Belief, Action, and Rationality over Time*, Dezember: 576–608

Thiele, F. und A. Gethmann-Siefert (Hrsg.) (2019). *Ökonomie und Medizinethik*. Paderborn, Wilhelm Fink Verlag

Tuckermann, H. und M. Schwaninger (Hrsg.) (2022). *Wege aus der Covid-19-Krise – Anamnese, Diagnose und Design*. Bern, Haupt Verlag

Verhey, A. und W. Kinghorn (2016). »›The Hope to Which He Has Called You‹: Medicine in Christian Apocalyptic Context«. *Christian Bioethics* 22(1): 21–38

Vogt, R. (2020). »Wir haben eine Naturkatastrophe, die in Zeitlupe abläuft«. *Tagesspiegel*, 11.03.2020. https://www.tagesspiegel.de/wissen/virologe-christian-drosten-zum-coronavirus-wir-haben-eine-naturkatastrophe-die-in-zeitlupe-ablaeuft/25633420.html

Walter, T. (1991). »Modern Death: Taboo or not Taboo?«. *Sociology* 25(2): 293–310

Williams, B. (1993). »The Makropulos Case: Reflections on the Tedium of Immortality«, in: J. M. Fischer (Hrsg.). *The Metaphysics of Death*. Stanford, Stanford University Press: 71–92

Wright, D. W. M. (2017). »Terror Park: A Future Theme Park in 2100«. *Futures* 96: 1–22

Index